

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

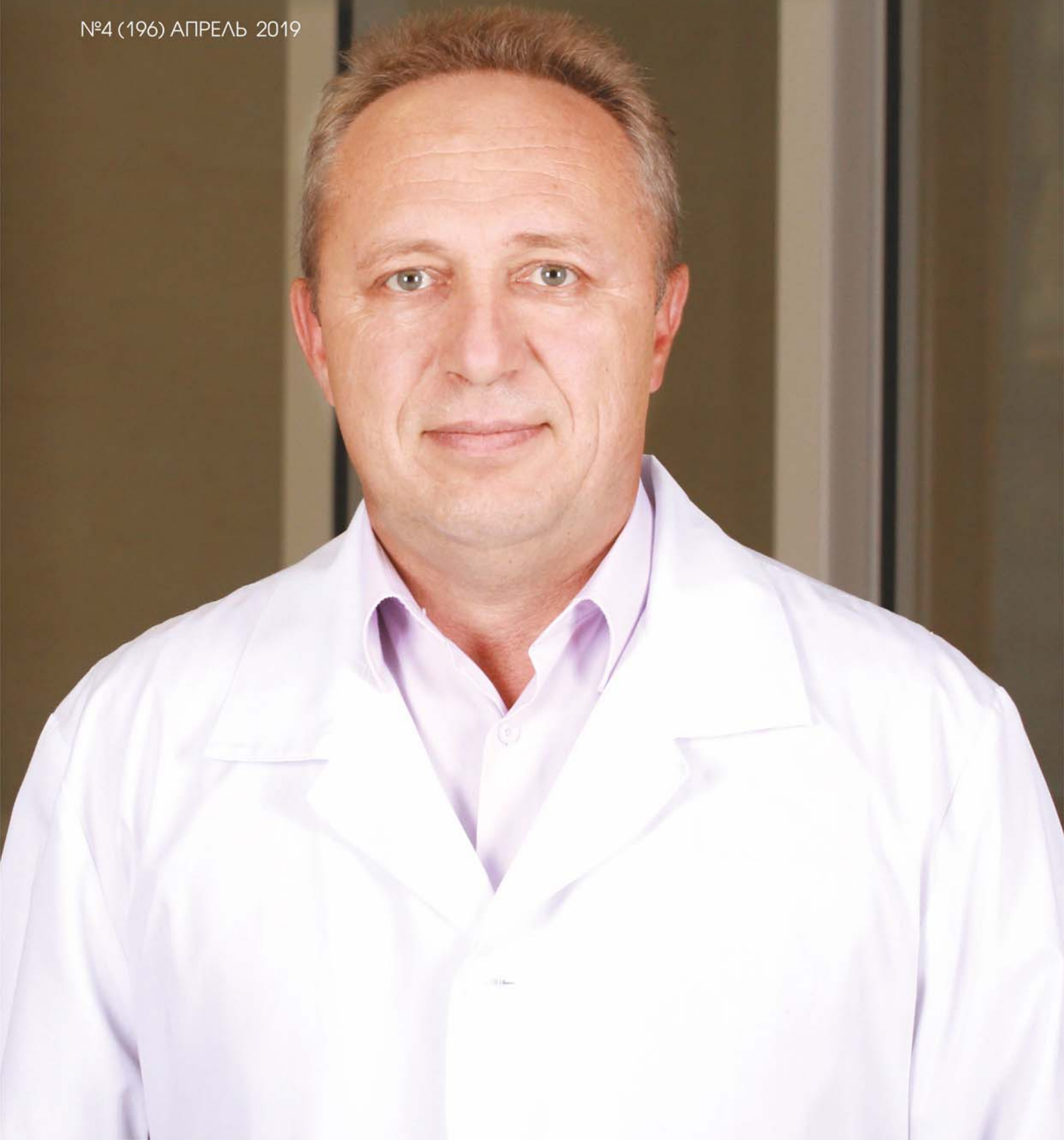
6+

# ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



№4 (196) АПРЕЛЬ 2019



# Общественный Редакционный совет журнала



**Арсеньева  
Нина Григорьевна**  
заслуженный работник  
здравоохранения РФ,  
врач-офтальмолог высшей  
квалификационной  
категории



**Асанова  
Татьяна Алексеевна**  
к.м.н., заместитель главного  
врача по организационно-  
методической работе,  
КГБУЗ "Алтайский краевой  
клинический центр охраны  
материнства и детства"



**Вейцман  
Инна Александровна**  
врач-эндокринолог высшей  
категории, к.м.н., доцент  
кафедры госпитальной  
терапии и эндокринологии  
АГМУ



**Ефремушкина  
Анна Александровна**  
д.м.н., главный внештатный  
кардиолог министерства  
здравоохранения Алтайского края,  
профессор кафедры терапии и  
общей врачебной практики с курсом  
дополнительного профессионального  
образования АГМУ



**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,  
председатель комитета  
по здравоохранению и науке АКЗС



**Миллер  
Виталий Эдмундович**  
к.м.н., доцент кафедры  
пропедевтики детских болезней  
АГМУ, заведующий детским  
консультативно-диагностическим  
центром КГБУЗ "Алтайский  
краевой клинический центр  
охраны материнства и детства"



**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 Всероссийской  
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



**Реуцкая  
Елена Михайловна**  
Отличник здравоохранения РФ,  
врач-пульмонолог высшей  
квалификационной категории,  
и.о. заместителя главного врача  
по медицинской части, КГБУЗ  
"Краевая клиническая больница"



**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  
международного класса по легкой  
атлетике, начальник отдела  
подготовки спортивного резерва  
и развития студенческого спорта  
Управления спорта  
Алтайского края



**Яворская  
Светлана Дмитриевна**  
д.м.н., доцент кафедры  
акушерства и гинекологии  
АГМУ, президент  
"Ассоциации  
акушеров-гинекологов"  
Алтайского края

## ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№4 (196) апрель 2019 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



Почетная грамота Правительства  
Алтайского края, 2017 год

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 25.04.2019 г.,  
фактически - 14:00 25.04.2019 г.  
Дата выхода: 30.04.2019 г.

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

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Креативный редактор - Лариса Юрченко.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый

день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.

Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край,

г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

Адрес работы с общественными представителями:

656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.

E-mail: [nebolen@mail.ru](mailto:nebolen@mail.ru). Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

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

## Подписной индекс - 31039

# «Мы улучшаем уровень оказания медицинской помощи населению»

**До окончания очередного, 65-го для Алтайского медицинского университета учебного года, осталось немного. О том, каких результатов удалось добиться вузу в вопросе подготовки медицинских кадров для Алтайского края в 2018 году, о новых задачах, стоящих перед вузом, рассказывает ректор Алтайского государственного медицинского университета, профессор Игорь Петрович Салдан.**

**- Игорь Петрович, какие требования сегодня предъявляет министерство здравоохранения Алтайского края к выпускникам АГМУ?**

- Алтайский медицинский университет готовит медицинские кадры для разных регионов страны, но, безусловно, приоритетом для нас является подготовка врачей для Алтайского края. Повышение качества подготовки медицинских кадров и устранение кадрового дефицита - это общие, важнейшие для всего края задачи, которые вуз решает при непосредственном взаимодействии с исполнительной и законодательной властью региона и профильным министерством здравоохранения.

Министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Владимирович ПОПОВ на встречах с коллективом нашего университета обозначил ориентиры, направленные на по-

вышение качества образования врачей. Это, в частности, обучение коммуникативным навыкам, повышение престижа профессии участкового терапевта, расширение направления подготовки по базовым специальностям. И вуз отвечает этим запросам: мы кардинально перестраиваем учебный процесс с увеличением практико-ориентированности подготовки будущих врачей и провизоров, обучением их смежным специальностям, в том числе путем взаимодействия по сетевому принципу обучения с четырьмя ведущими университетами края - с техническим, педагогическим вузами, филиалом финансового университета, с юридическим институтом. В учебный процесс введены предметы «Конфликтология», «Культура общения с пациентом», «Психология медицинской деятельности», «Юридические основы деятельности врача». Начиная с

пятых и шестых курсов, будем углубленно готовить терапевтов и педиатров, обладающих смежными профессиями. Участковый врач будущего - это специалист широкого профиля, обладающий знаниями смежных специальностей.

**- Какие специалисты сейчас наиболее востребованы в системе здравоохранения нашего региона?**

- На встречах работодателей с выпускниками министр здравоохранения неоднократно подчеркивал, что первоочередная задача - это укомплектование медицинских учреждений края участковыми врачами-терапевтами, врачами-педиатрами, врачами-стоматологами (так называемое первичное звено). Кроме того, востребованы врачи - акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, инфекционисты, кардиологи, неврологи, неонатологи, травматологи-ортопеды, хирурги. По этим специальностям мы недавно распределяли выпускников ординатуры. Многие работодатели смотрят на перспективу и охотно приглашают на работу выпускников из групп с углубленным изучением неврологии, психиатрии, акушерства и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, общей хирургии под руководством именитых профессоров профильных кафедр, предлагая им перспективные места в межрайонных центрах с последующим профессиональным ростом и дальнейшим обучением в ординатуре по данным специальностям.

**- АГМУ - единственный вуз края, который организует распределение выпускников, системно занимаясь их трудоустройством. Расскажите, как в медицинском университете организована эта работа?**

- В этом году встречи работодателей с выпускниками проходят в новом формате, инициированном министром здравоохранения Дмитрием Владимировичем Поповым. Начиная с декабря 2018 года, проведено несколько таких разноформатных мероприятий - это ярмарки ва-





**Наша команда  
пятый год подряд  
выходит в финал  
Всероссийской студенческой олимпиады по хирургии и стабильно находится в десятке лучших, не опускаясь ниже восьмого места.**

кансий, круглые столы и непосредственно заседания комиссии по организации трудоустройства выпускников вуза, в которую входят представители министерства здравоохранения Алтайского края и Алтайского медицинского университета. Во всех встречах принимают участие главные врачи лечебно-профилактических учреждений края. Если в предыдущие годы с каждым выпускником работодатели общались отдельно, проводя индивидуальные собеседования, то в этом году, по предложению министра, выпускники заходили группами. Каждый выпускник бюджетной и коммерческой формы обучения озвучивал свои ожидания от будущей работы и мог выбрать одну из предложенных вакансий, переговорив на месте с работодателями. Самопрезентации и собеседования проводились в одном зале параллельно. Целевики подтверждали свои намерения вернуться работать в медицинскую организацию, с которой у них заключен договор.

Новый формат работы по организации трудоустройства наших выпускников, инициированный министром, позволил более эффективно выстроить диалог между работодателями, выпускниками и министерством; как результат - большинство выпускников этого года уже определилось с местом работы, часть из них уже подписали договоры о планируемом трудоустройстве. Мы видим заинтересованность министерства в решении проблемы кадрового дефицита за счет притока молодых специалистов, это подтверждает и то, что впервые все



места по программе «Земский доктор» министерство планирует отдать нашим выпускникам. И это придает уверенности выпускникам и студентам нашего вуза, что они востребованы в Алтайском крае, их ждут в лечебно-профилактических учреждениях, о них заботятся, обеспечивая рабочими местами и предоставляя социальные гарантии. Это также помогает и нашим будущим абитуриентам принять правильное решение при выборе вуза и остаться учиться в родном Алтайском крае, а абитуриентов из других регионов стимулирует приезжать за медицинским образованием в Алтайский край и оставаться здесь в качестве востребованных молодых специалистов. Руководство, профессорско-преподавательский состав и студенты нашего вуза благодарны министерству здравоохранения края и лично министру Дмитрию Владимировичу Попову за активное участие в вопросах подготовки будущих врачей и трудоустройстве выпускников АГМУ.

**- О качестве подготовки будущих врачей в Алтайском медицинском университете говорят победы на региональных, всероссийских и международных олимпиадах и конкурсах. Какие последние значимые достижения студентов вы можете отметить?**

- С каждым годом количество побед наших студентов, блестяще подготовленных наставниками - нашими лучшими профессорами - в авторитетных конкурсах и олимпиадах уверенно растет. И в этом плане очень показательным стал апрель. В этом месяце команда АГМУ вошла в десятку сильнейших команд страны, заняв шесть призовых мест на XXVIII Московской международной студенческой олимпиаде по хирургии имени академика М.И. Перельмана и став при этом лучшими в стране в конкурсе «Микрохирургия», заняли второе место в конкурсах



«Эндовидеохирургия» и «Колопроктология» и стали бронзовыми призерами по итогам конкурсов «Сердечно-сосудистая хирургия», «Трансплантология» и «Нейрохирургия, теория». И это не единичный успех. Наша команда пятый год подряд выходит в финал Всероссийской студенческой олимпиады по хирургии и стабильно находится в десятке лучших, не опускаясь ниже восьмого места.

Также последние четыре года команда АГМУ стабильно входит в тройку призеров Международной Евразийской олимпиады по неврологии: в копилке общекомандных достижений студентов-неврологов Алтайского медицинского университета по одному третьему и второму месту, две победы. 17 апреля наши неврологи стали первыми среди 15 команд медицинских вузов из разных городов России и ближнего зарубежья, опередив даже представителей Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова. Это о многом говорит.

Практически без подготовки студенты лечебного и педиатрического факультетов успешно дебютировали на VII Паназиатской международной студенческой олимпиаде по акушерству и гинекологии, заняв второе место в конкурсе «Хирургический шов», проводимый на модели с имитацией кожи, и третье место в конкурсе «Клинический случай». Это очень достойный результат.

Мы гордимся и нашими студентами-педиатрами, которые под руководством наших опытных профессоров, совмещающих преподавание в вузе и практическую деятельность, неоднократно становились призерами Всероссийской олимпиады по педиатрии, в течение многих лет по итогам научной деятельности занимают первые места среди студенческих научных кружков по детской хирургии медицинских вузов России.

Студенты стоматологического факультета и ординаторы-стоматологи регулярно входят в тройку призеров международных студенческих олимпиад и конкурсов, таких как EURASIA-ENDO, I Международная студенческая олимпиада по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии и другие.

Не остаются в стороне и наши обучающиеся факультета иностранных студентов, занимая призовые места в лингвистических олимпиадах и научно-практических конференциях.

Наряду с образовательной и внеучебной деятельностью, обучающиеся вуза активно вовлечены в молодежную научную деятельность. Научное общество молодых



ученых, инноваторов и студентов АГМУ (НОМУИС) объединяет более 800 студентов младших и старших курсов, ординаторов, аспирантов и молодых преподавателей университета, которые занимаются в 18 молодежных научных кружках. В настоящее время научной работой в рамках НОМУИС занимаются более 20 иностранных студентов. Практически все студенты вуза, получающие стипендию за научные достижения, входят в состав НОМУИС. Наши студенты активно участвуют во всероссийских и региональных научно-практических конференциях и стабильно входят в число призеров. Например, по итогам работы Всероссийского научного форума студентов и молодых ученых с международным участием «Студенческая наука-2019» в Санкт-Петербурге наш студент занял первое место в секции «Анестезиология и реаниматология». X Российская (итоговая) научно-практическая конференция с международным участием студентов и молодых ученых «Авиценна-2019» принесла ординаторам и аспирантам АГМУ, выступавшим в секции «Судебная медицина», сразу три призовых места с присуждением звания «Лучшая научная работа молодого ученого».

Участие в олимпиадах и конкурсах предшествует серьезная подготовка, поэтому все эти достижения - закономерный итог работы студентов и их наставников - именитых профессоров и преподавателей кафедр вуза, врачей из практического здравоохранения.

**- Как студентам удается добиваться таких высоких результатов?**

- В нашем вузе созданы все условия для развития талантов наших студентов. Наши ведущие профессора, высокие профессионалы создали профильные школы

**О высоком уровне подготовки наших студентов фармацевтического факультета говорят и результаты II Всероссийского межвузовского GxP-саммита «Выбор лучших. Время вперед», где наша студентка удостоена специального приза.**



В АГМУ регулярно проводятся Дни открытых дверей для школьников Алтайского края (за 4 года их посетило около 10 тысяч человек). Организуются выездные профориентационные мероприятия: только в 2018 году ими охвачено более 14 тысяч школьников края, за 4 года эта цифра составляет около 60 тысяч.

по своим направлениям. За три года углубленную подготовку для медицинских организаций Алтайского края прошли около 200 выпускников. В дальнейшем планируем расширять перечень специальностей по профилю «Педиатрия», «Участковый врач-терапевт», «Онкология», «Кардиология» и другие.

Многочисленные победы на олимпиадах - это показатель высокого уровня преподавания дисциплин в Алтайском медицинском университете и практической подготовки наших студентов, в том числе в Симуляционном центре вуза, открытие которого в 2016 году стало возможным благодаря поддержке Правительства страны. О важной роли Симуляционного центра АГМУ, получившего в конце 2018 года высший уровень аккредитации РОСОМЭД (всего 9 вузов страны имеют такой уровень), на открытии Центра симуляционного обучения врачей говорил Губернатор Алтайского края Виктор Петрович ТОМЕНКО. Виктор Петрович отметил интерес к его работе у студентов, ординаторов, врачей, у специалистов смежных отраслей - служб МЧС, полиции, педагогов - и населения. Отмечу еще одну важнейшую задачу, которую выполняет наш Симуляционный центр - профориентационную. АГМУ регулярно организует экскурсии для школьников края, на которых они знакомятся с работой современного оборудования, высокотехнологичных медицинских тренажеров. Тем самым мы формируем лояльность у наших будущих абитуриентов, прежде всего из Алтайского края, которые понимают, что за качественным образованием не нужно ехать в другой регион.

**- Какие еще направления преемственно развивает профориентационная работа в Алтайском медицинском университете?**

- С открытием в 2016 году Института довузовского образования АГМУ стал более системно курировать весь спектр работы со школьниками Алтайского края, с младших классов до выпускников.

Наибольшее внимание мы уделяем учащимся 7-11 классов, для которых работают профильные медицинские классы, профильные академические школы вуза, очные и заочные курсы по подготовке к ЕГЭ по химии и биологии. В этом большая заслуга наших преподавателей, особенно профильных кафедр химии и биологии. Как результат этой работы - наш вуз стал еще более востребованным среди школьников Алтайского края и других регионов России.

**- В этом году сделан важный шаг, направленный на устранение дефицита медицинских кадров в отдаленных территориях Алтайского края: совместно с депутатами Государственной Думы России Г.Г. Онищенко и В.А. Елыкомовым АГМУ начата реализация пилотного проекта «Будущие кадры современного здравоохранения». Уже есть какие-то промежуточные результаты?**

- Цель пилотного проекта «Будущие кадры современного здравоохранения» - качественная подготовка школьников из отдаленных районов края к сдаче ЕГЭ по профильным предметам (химии и биологии) и в дальнейшем их поступление в вуз для сокращения кадрового дефицита в медицинских организациях сельской местности. В проекте участвуют около 100 учащихся 11-х классов Рубцовска, Рубцовского и Благовещенского районов, планирующих поступать в АГМУ. Дистанционные занятия по биологии и химии в формате видеоконференцсвязи для них проводят преподаватели кафедр общей и биологической химии, клинической лабораторной диагностики, а также биологии, гистологии, эмбриологии и цитологии АГМУ.

Занятия завершатся в середине мая; со школьниками, которые покажут лучшие результаты по итогам тестирования и всего обучения, будут заключены целевые договоры, и в дальнейшем рассмотрим возможность их целевого обучения в ординатуре. Будем стремиться, чтобы с 1 сентября этот проект был распространен на всей территории края. Планируем подписать четырехстороннее соглашение между комитетом по образованию и науке Государственной Думы РФ, Правительством Алтайского края в лице профильных министерств здравоохранения, образования и науки и Алтайским медицинским университетом.



Положительные результаты участия в проекте отмечают и родители школьников. По их словам, дополнительная подготовка к ЕГЭ у преподавателей АГМУ позволила старшеклассникам углубленно изучить ряд тем, а также систематизировать полученные ранее знания.

**- До старта новой приемной кампании остается полтора месяца, каких абитуриентов ждут в Алтайском медицинском университете?**

- Наш университет открыт для талантливых выпускников школ и медицинских колледжей, которые выбрали своим призванием профессию врача. Уверен, к нам придут сильные абитуриенты с высокими баллами, выбравшие родной Алтайский медицинский университет - один из лучших медицинских вузов Сибири - и свяжут свою судьбу с развитием Алтайского края. В Алтайском медицинском университете созданы все условия для обучения и занятий научной деятельностью, всестороннего развития личности будущего врача в передовых учебных и научных школах вуза. Занятия со студентами проводит высококвалифицированный профессорско-преподавательский состав: в АГМУ работают 550 преподавателей, 130 из них - практикующие врачи. Элита вуза - это 118 докторов наук и 350 кандидатов медицинских наук.

Уже на первом курсе лучшие абитуриенты получают стипендию, равную зарплате молодого специалиста. И в этом году практика поощрения абитуриентов с высокими баллами в нашем вузе будет продолжена - выпускники школ Алтайского края, которые поступят к нам с высокими баллами ЕГЭ, получают от вуза 120 тысяч рублей. Это очередной шаг к закреплению молодых медицинских кадров в Алтайском крае. По 10 тысяч рублей получают студенты-бюджетники за достижения в научно-исследовательской, общественной, культурно-творческой, спортивной деятельности.

Для абитуриентов, которые поступают на коммерческую форму обучения, вуз предоставляет возможность оплаты обучения с ежемесячной рассрочкой платежа. Студенты, обучающиеся на платной основе и имеющие достижения в научно-исследовательской, общественной, культурно-творческой и спортивной деятельности, ежемесячно получают ректорскую стипендию в размере 5 тысяч рублей. Практически всем студентам коммерческого набора предоставляется место в общежитии.

**- На ваш взгляд, что делает Алтайский государственный меди-**



**цинский университет привлекательным для абитуриентов, какие факторы являются определяющими?**

- Как показывает практика, выбирая университет, абитуриенты и их родители в первую очередь ориентируются на образовательные рейтинги. Строчки в рейтингах - это не просто сухие цифры, это отражение достижений и усилий всего коллектива нашего университета. За четыре года АГМУ не только улучшил позиции в российских рейтингах, но и вошел в новые международные рейтинги, занимая достойные места и опережая ведущие медицинские вузы страны. Последние четыре года наш вуз удерживает позиции в первой сотне рейтинга ARES, «Социальный навигатор», вошел в первый рейтинг 100 лучших вузов России по версии издания Forbes, в 2018 году мы заняли третье место из 48 медвузов РФ в рейтинге «Социальный навигатор» и другие.

Впервые в 2018 году высший статус «Лучшие образовательные программы инновационной России» завоевали все пять реализуемых вузом учебных программ. А в этом году АГМУ вновь стал победителем ежегодного конкурса лучших работ на получение премии Координационного совета по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» в номинации «За лучшую практику учебно-методического сопровождения образовательных программ». Признание медицинским сообществом России и столь высокая оценка учебной литературы, подготовленной преподавателями Алтайского медицинского университета, свидетельствует о высоком профессиональном уровне нашего профессорско-преподавательского состава, о качестве образовательных методик АГМУ, реко-

**Планируется внедрение еще одного масштабного проекта по медицинскому волонтерству, направленного на раннюю профориентацию школьников. Суть в том, что старшеклассники будут помогать среднему персоналу ухаживать за пациентами в больницах и получать за это дополнительные баллы при поступлении в АГМУ.**



Помимо образовательной и научной деятельности мы развиваем культуру, творчество и спорт. У нас работают собственные творческие вокальные, хореографические, театральные студии, студенты занимаются в 30 спортивных секциях, участвуют в стройотрядовском движении.

мендованных для обучения студентов медицинских вузов страны.

В нашем вузе поддерживаются сложившиеся традиции, заложенные нашими учителями. Мы сохраняем всё прежнее созданное ранее и внедряем новое. Ежегодно в начале октября проводится День истории вуза, когда почетные профессора читают лекции первокурсникам и делятся с ними воспоминаниями о своих учителях и студенческой жизни. В октябре 2018 года мы открыли аллею в честь Почетных профессоров: около главного корпуса нашими Почетными профессорами и их учениками высажено 14 именных голубых елей, а также совместно с министерством здравоохранения и министерством образования и науки Алтайского края посажена ель в честь начала 65-го учебного года. Возрожден музей истории АГМУ и медицины Алтая, перевезенный из Рубцовска. Музей, в котором представлено 25 тысяч экспонатов, открыт не только для посетителей, он также способствует повышению культуры и качества образования наших студентов. С 1 сентября по инициативе нашего вуза и Правительства Алтайского края впервые учреждены стипендии Губернатора имени наших выдающихся ученых - профессоров В.Н. Крюкова, И.И. Неймарка, Э.С. Баркагана. Их получают 9 наших лучших студентов.

9 мая мы вновь проведем Шествие памяти военных медиков, приуроченное к Дню Победы. Пользуясь случаем, приглашаю представителей медицинского сообщества и всех желающих присоединиться к Шествию.

**- Как в Алтайском медицинском университете развивается наука?**

- Всего на развитие научной деятельности в нашем вузе за четыре года выде-

лено около 300млн. руб. Только по итогам 2018 года учеными вуза было опубликовано более 300 статей в изданиях РИНЦ. Наибольшее количество статей опубликовали преподаватели кафедр фармакологии, эпидемиологии, пропедевтики детских болезней, нормальной физиологии, инфекционных болезней, гигиены, урологии, терапии, акушерства и гинекологии, факультетской хирургии, судебной медицины, факультетской терапии, общественного здоровья и здравоохранения.

АГМУ занимает первое место среди вузов края по доле публикаций журналов, входящие в международные базы данных Scopus и Web of Science.

В нашем вузе издается собственный научный журнал «Бюллетень медицинской науки» на русском и английском языках, в состав редакции журнала входят 8 академиков и 2 члена-корреспондента РАН, подана заявка на включение его в перечень ВАК. В 2018 году в АГМУ был учрежден молодежный научный журнал Scientist для студентов, ординаторов и аспирантов. Все публикации молодых ученых выгружаются в систему РИНЦ.

С 2015 года в три раза увеличилось количество объектов интеллектуальной собственности - с 11 до 31. Некоторые изобретения находят коммерческую реализацию. Так, в 2018 году АГМУ заключил лицензионное соглашение с Томским онкологическим диспансером на практическое использование нашей методики. Соглашение одобрено на федеральном уровне экспертами Роспатента и рассчитано на 5 лет.

Продолжается работа по расширению сети диссертационных советов АГМУ, в частности, в соответствии с новыми требованиями ВАК РФ существенно обновлен диссертационный совет по специальностям «Внутренние болезни», «Кардиология», «Гематология и переливание крови». По двум из них 15 апреля успешно прошли защиты кандидатских диссертаций. В настоящее время в ВАКе находится на рассмотрении заявка на открытие нового диссертационного совета по специальностям «Акушерство и гинекология», «Урология», «Хирургия». Также прорабатывается вопрос о подготовке заявки на открытие совета по некоторым медико-биологическим специальностям. Реализация этих планов позволит большинству сотрудников и аспирантов АГМУ защищать диссертации в диссертационных советах при университете. Отмечу, сейчас в вузе обучаются 60 аспирантов, это резерв молодых кадров вуза.

По итогам 2018 года в соответствии с планом работ в полном объеме выполне-





ны исследования по трем темам государственного задания Министерства здравоохранения РФ с финансированием в размере 6,8млн. рублей.

Только на примере 2018 года сотрудники вуза реализовали научно-исследовательские проекты по 13 грантам федерального, регионального уровней и «Гранту ректора» на общую сумму 6,3млн. рублей.

**- 65 лет - это серьезная дата для вуза. Как в Алтайском медицинском университете отмечают это событие?**

- Мы празднуем юбилей университета в течение всего 2019 года.

65-летию АГМУ посвящены все значимые мероприятия и события в нашем вузе - форумы, научно-практические конференции, лекции с участием известных в России и за ее пределами профессоров, дни факультетов, встречи, творческие вечера, студенческие мероприятия и другое.

Как уже говорилось, Алтайский медицинский университет - это вуз с богатой историей, замечательными традициями. И самое главное для нас - это люди, наша история, сохранение памяти. Будем чтить наших ветеранов, учителей, с награждением их юбилейным памятным знаком к 65-летию АГМУ.

Выпускаются новые издания о вузе, рассказывающие об истории и новых этапах развития, достижениях, наших профессорах, выпускниках, студенческих отрядах, об образовательных программах и так далее.

Подарки к юбилею вуза получают не только студенты, преподаватели и сотрудники АГМУ, но и жители Барнаула. Так, к 1 сентября перед главным корпусом вуза будут установлены декоративные светильники уличного освещения по периметру газонных площадок, появится логотип «65 лет» из цветной плитки и брусчатки, малая архитектурная форма из металла «Доктор за столом, принимающий пациента», готовятся и другие сюрпризы.

**- Какие еще важнейшие задачи стоят перед вузом в следующем учебном году?**

- Будем увеличивать прием студентов, прежде всего, за счет алтайских школьников. Планируем поднять количество обучающихся в вузе до 6000 человек, ежегодно принимая до 1200 человек, из них не менее 60-70% должны быть выпускниками школ края.

Мы отвечаем за качество оказания медицинской помощи через качество образования. У ректоров есть полномочия по пересмотру учебных программ, и мы будем создавать гибкий учебный процесс, сокращая количество лекционных заня-



тий в пользу практики на будущих рабочих местах. Со следующего учебного года будем осуществлять подготовку студентов выпускных курсов (будущих участковых врачей - терапевтов, педиатров, стоматологов) и ординаторов второго года обучения полностью на клинических базах (рабочих местах). Планируем открытие новых специальностей.

Еще одно изменение в образовательном процессе - это внедрение изучения всех клинических рекомендаций, федеральных и региональных проектов в сфере здравоохранения, заболеваемости в Алтайском крае, также будем обучать вопросам бережливых технологий.

В воспитательной и внеучебной работе усилия будут направлены на повышение мотивации студентов к будущей профессиональной деятельности, вовлечение их в науку. Увеличится количество проводимых культурно-массовых, спортивно-оздоровительных мероприятий, направленных на патриотическое воспитание студентов, будут укрепляться межнациональные и межкультурные связи, внутреннее единство среди студентов.

Продолжим повышать заработную плату преподавателей, научных работников и сотрудников вуза, при этом совершенствуя материально-техническую базу вуза и создавая все условия для обучения. Зарплата в нашем университете должна быть достойной, выше, чем в практическом здравоохранении: мы готовим медицинские кадры, за которыми будущее алтайской медицины, и у нас должны работать лучшие представители здравоохранения региона. Продолжим принимать молодые кадры и опытных специалистов из практического здравоохранения по совместительству. Это повысит качество практической подготовки наших обучающихся. ☺

**Будем и дальше готовить высококвалифицированных врачей для системы здравоохранения Алтайского края и всей страны, отвечающих всем необходимым требованиям.**



# Право на жизнь без боли

**В марте 2019 года вступил в силу новый порядок, вносящий изменения в Федеральный закон №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи. Что на практике он изменит для тех, кому нужна такая поддержка?**

По мнению специалистов, ожидается выход на совершенно новый уровень оказания паллиативной помощи. С **Виктором Михайловичем ПАВЛИШИНЦЕМ**, главным внештатным специалистом по паллиативной помощи министерства здравоохранения Алтайского края, врачом-онкологом Алтайского краевого онкологического диспансера, мы разговариваем об одном из главных направлений в борьбе с онкологией - победе над болью.

- Проблему обеспеченности онкологических больных противоболевыми средствами, в том числе психотропными и наркотическими, в регионе удалось решить еще в 2018 году: по оценкам Росздравнадзора РФ, этот показатель в Алтайском крае составил 97% по итогам 6 месяцев и стал лучшим в стране. В феврале 2019 года с работой кабинета противоболевой терапии и состоянием оказания паллиативной медицинской помощи в крае познакомился депутат Государственной Думы Николай ГЕРАСИМЕНКО и дал положительную оценку увиденному.

Но стоит отметить, что этому результату предшествовала долгая серьезная работа. Кабинет противоболевой терапии в краевом онкодиспансере был открыт еще в 1998 году. Сегодня он находится в здании поликлиники «Надежда» и оснащен всеми необходимыми средствами и инструментами для проведения терапии онкологическим пациентам с острым и хроническим болевым синдромом, а также для купирования других тягостных состояний.

Одна из основных задач врача паллиативной помощи - правиль-

но диагностировать тип боли, внести коррекцию в уже используемую схему терапии, либо подобрать новую. Он также консультирует родственников по вопросам ухода и психологическим особенностям общения с тяжелобольным человеком.

Благодаря принятому закону о паллиативной помощи начнут работу кабинеты противоболевой терапии и в ряде других медицинских учреждений края. Например, на 2019 год запланировано открытие восьми кабинетов паллиативной медицинской помощи: в поликлиниках №1, 3, 9 и 11 города Барнаула, в Тальменской и Смолененской ЦРБ, а также в больнице им. Литвиненко города Новоалтайска и городской больнице Бийска.

**- Работа, проводимая в Алтайском крае, несколько опередила принятый Федеральный закон - во многих регионах только подошли к созданию кабинетов противоболевой терапии. Чем обусловлены такие наработки?**

- В Алтайском крае онкозаболеваемость выше, чем в среднем по России, и, соответственно, больше пациентов, нуждающихся в обезболивании. Одна из причин такого положения - старение населения и, как следствие, объективный рост числа пациентов со злокачественными патологиями. Другая причина - обеспечение Алтайского краевого онкологического диспансера новейшим современным оборудованием, освоение специалистами современных методов обследования, что позволяет выявлять большее число людей с онкологическими заболеваниями.



В нашем регионе почти 7000 пациентов онкологического профиля, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, в лечении болевого синдрома. В основном это пациенты четвертой клинической группы, те, кто находятся на стадии прогрессирования заболевания, для кого ресурс специализированного лечения полностью исчерпан: проведение лучевой и химиотерапии, оперативного лечения не приведет к улучшению их состояния. Другая группа паллиативных пациентов - у кого заболевание впервые было выявлено уже на четвертой стадии.

Жесткий мониторинг обеспеченности регионов препаратами для обезболивания проводится ФГП «Московский эндокринный завод». Все необходимые средства либо производятся здесь, либо поступают сюда с других предприятий-производителей. По итогам 2018 года выборка обезболивающих препаратов составила 125%. Нужно отметить, что, согласно постановлению Правительства РФ, запас таких средств регионами должен обеспечиваться на 30 дней, так вот в Алтайском крае мы смогли создать резерв, соответствующий столичному стандарту, - на 90 дней.



Сегодня в нашем регионе есть в наличии все препараты и во всех дозировках, которые зарегистрированы на территории Российской Федерации. Безусловно, всё это - следствие большой работы, проводимой в последние годы. И, кстати, она касается не только вопросов лекарственного обеспечения, но и подготовки специалистов по обезболиванию.

**- Существуют правила противоболевой терапии, о которых важно знать и пациентам, и их родственникам?**

- Прежде всего, скажу о распространенном заблуждении со стороны родственников и самих пациентов: если назначены наркотические обезболивающие препараты, значит, финал жизни близок. Это не так. Более того, экспертами паллиативной медицины доказано, что даже пациент четвертой клинической группы живет в среднем на 6 месяцев дольше, если ему своевременно начато адекватное обезболивание. Несмотря на то, что задачей паллиативной медицины является не увеличение продолжительности жизни, а ее облегчение, достойный уход человека, тем не менее, адекватное обезболивание меняет временные прогнозы.

Правила коррекции обезбоживания определено клиническими рекомендациями Минздрава РФ, они постоянно совершенствуются, дополняются. Первый документ был опубликован и зарегистрирован в 2015 году. В дальнейшем успешно проводились исследования по поиску комбинаций, усиливающих противоболевой эффект и



позволяющих снизить дозировку наркосодержащих препаратов. Что касается частых опасений пациентов по поводу привыкания к данной терапии, замечу, что как раз правильная коррекция сводит к минимуму данный эффект.

**- В онкологической поликлинике «Надежда» проводится не только амбулаторный прием в кабинете противоболевой терапии, но и разработан механизм консультирования пациентов на дому. Расскажите об этом подробнее.**

- Не всегда пациент может быть доставлен в поликлинику, поскольку находится в тяжелом состоянии и поездка просто опасна для его жизни. По заявлению, переданному в поликлинику краевого онкологического диспансера, специалист паллиативной медицинской помощи выезжает на консультацию. Пациенту проводятся коррекция противоболевой терапии и прочие медицинские манипуляции: ставятся периферические блокады, определяются показания к госпитализации в отделение паллиативной медицинской помощи.

В дополнение к уже действующему порядку консультирования на дому 1 апреля 2019 года подписан приказ о начале работы выездной онкологической бригады. Сейчас решаются организационные вопросы. Выездные бригады будут действовать в краевых онкологических диспансерах Барнаула и Бийска, в городской больнице

**С 2017 года на кафедре онкологии Алтайского государственного медицинского университета организован курс обучения по паллиативной медицинской помощи. Удостоверение о его прохождении получили уже 88 человек.**



Ежегодно в регионах и федеральных центрах проводятся 10-12 научно-практических конференций и семинаров по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, лечению хронического болевого синдрома. Так, в апреле 2018 года в Барнауле прошла конференция с участием главного специалиста по паллиативной помощи Минздрава РФ Дианы Невзоровой.

№4 Бийска, городской больнице №3 Барнаула и городской больнице №2 Рубцовска.

Для оказания стационарной паллиативной помощи созданы специализированные отделения на 20 коек в Барнауле, Бийске, Рубцовске. На повестке дня - открытие хосписа в Барнауле, а также отделений паллиативной помощи на 5-10 коек в Камне-на-Оби, Славгороде, Заринске.

Кроме этого, формируется единый краевой регистр пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи. С начала 2018 года разработан и внедрен регистр по назначению и выписке обезболивающих препаратов. Пациент обращается в поликлинику любого медицинского учреждения края, лечащий врач вносит его в регистр, при этом отмечая номер рецепта, название назначаемого препарата, дозировку, дату выписки рецепта. Эту информацию «видит» аптека, к которой прикреплен пациент, а также - лечащий врач, специалист минздрава Алтайского края.

**- Какие дополнительные возможности открываются с принятием нового Федерального закона?**

- Прежде всего, он вводит понятие паллиативной медицинской помощи как самостоятельного вида медицинской деятельности. Конечно, паллиативная помощь оказывалась всегда, но теперь законодателем она определена как отдельный вид наряду с первичной ме-

дицино-санитарной помощью, скорой специализированной помощью.

Однако в новом законе акцент делается на оказании помощи на дому: люди в финальной стадии своей жизни в большинстве хотят быть рядом с близкими людьми, провести этот период времени без ненужных медицинских вмешательств. Реанимационные мероприятия нужны этим пациентам реже. Тем не менее, есть среди них те, кто нуждается в респираторной помощи и поддержке других жизненно важных функций. Предполагается, что таким пациентам будет выдаваться оборудование для использования на дому. В конце прошлого года для этих целей были закуплены аппараты для вентиляции лёгких, откашливатели, кислородные концентраторы. Сейчас решаются организационные вопросы. Предполагается, что выездная бригада будет привозить оборудование к пациенту и оставлять его на необходимое время. Техническое обслуживание, его ремонт, предоставление расходных материалов берет на себя медицинское учреждение, к которому оно прикреплено.

Оказание паллиативной помощи всегда связано с серьезными затратами. В 2018 году на эти цели из резервного фонда Правительства РФ было выделено 4,35млрд. рублей - по России, 102млн. рублей - по Алтайскому краю.

Дальнейшее развитие паллиативной помощи будет тесно связано с сервисами телемедицины. Пока многие вопросы в стадии разработки, но специалист выездной паллиативной бригады консультирует не только пациента на дому, но и врачей. С 1 июня 2015 года работает телефон горячей линии в круглосуточном режиме (+7-991-369-94-87). Если всего два года назад большинство звонков на него было связано с нехваткой или отсутствием необходимых обезболивающих препаратов, нарушением порядка их назначения и выписки, то сегодня пациенты всё чаще звонят, чтобы получить консультацию по коррекции противоболевой терапии. Практически нет звонков, связанных с отказом в выписке наркотических обезболивающих препаратов, если пациент живет не по прописке.

**- Когда может возникнуть такая проблема?**



- Допустим, пациент до болезни жил в сельской местности, затем для обеспечения ухода его к себе перевезли дети, живущие в другом месте. Принятый приказ Минздрава РФ №4н от 14.01.2019 года, уже вступивший в силу, регламентирует выписку рецептов в медицинском учреждении по месту фактического пребывания независимо от того, откуда пациент приехал, имеет он инвалидность или нет. Ему будет выписан льготный рецепт по показаниям и в тех случаях, когда у него не установлен диагноз, нет инвалидности, но налицо тяжелое состояние. Для этого пациенты, не имеющие льготы, заносятся в региональный регистр. Обезболивающий препарат больной должен получить в кратчайшие сроки и бесплатно.

**- Благодаря принятому Федеральному закону на новый уровень также выводится работа медицинских психологов.**

- Понятие «паллиативная помощь» в отличие от «паллиативной медицинской помощи» имеет не только медицинский аспект. Паллиативная помощь выходит на межведомственный уровень, предполагает соединение психологического, социального и духовного направления работы. В дальнейшем предполагается заключение договоров о сотрудничестве между министерством здравоохранения и управлениями социального обеспечения как на федеральном, так и на региональном уровнях. Если для специалиста выездной бригады будет очевидно, что пациент нуждается в социальной поддержке, получении пенсии, обеспечении медицинскими изделиями, - эти сведения будут обязательно переданы в социальные структуры. Сегодня мы говорим о начале работы в этом направлении. И со временем она выйдет на должный уровень.

Что касается духовной составляющей паллиативной помощи, еще в 2015 году Алтайский онкологический диспансер заключил договор с Барнаульской епархией: при необходимости в отделение приходит священнослужитель. Не секрет, что многие люди в конце жизни приходят к переосмыслению многих ценностей и установок и нуждаются в духовной поддержке, независимо от вероисповедания.



Психологическая помощь должна быть адресована не только больному человеку - не в меньшей степени в ней нуждаются и его родственники. К примеру, психологи Первого московского хосписа имени В.В. Миллионщиковой, открытого в 1994 году, работают с родственниками пациента в течение 6 месяцев после его смерти, помогая преодолеть так называемый синдром утраты. В штате краевого онкодиспансера есть медицинский психолог, который обязательно участвует в выездной работе, консультирует пациентов и его родственников по телефону. Это направление будет развиваться. ☺

### **Лечение боли должно основываться на принципах Всемирной организации здравоохранения**

**Неинвазивно** - по возможности избегая инъекций.

**По графику** - не дожидаясь усиления боли.

**По восходящей** - от высоких доз слабого анальгетика к слабым дозам сильного.

**Индивидуально** - с учетом индивидуальной реакции пациента на препарат.

**С вниманием к деталям** - отслеживая эффективность анальгетика и побочные действия, сопровождая прием препарата необходимой терапией.

**Телефон горячей линии по обезболиванию в Алтайском крае:** 8-991-369-94-87 (круглосуточно).

**Телефон главного внештатного специалиста по паллиативной помощи Алтайского края:** 8 (3852) 202-947.

**Телефон горячей линии Росздравнадзора по обезболиванию:** 8 (800)500-18-35.

**Телефон горячей линии Минздрава РФ:** 8 (800) 200-03-89.

**Телефоны главного внештатного специалиста по паллиативной помощи России:** 8 (495) 245-76-11, 8 (499) 245-59-69.





# Бесплодный брак: почему и что делать?

**Бесплодие является одной из важнейших проблем современности. Им страдают мужчины и женщины во всем мире. Считается, что от 8 до 15% супружеских пар в течение репродуктивного периода сталкиваются с данной проблемой. При расчете на общую популяцию это значит, что в мире более 100 миллионов супружеских пар, для которых проблема бесплодия является причиной личных страданий и влечет за собой распад семьи.**

Согласно результатам российских эпидемиологических исследований, проведенных в последнее десятилетие, частота бесплодия в разных регионах нашей страны колеблется от 8 до 27% и не имеет тенденции к снижению, а в ряде регионов отмечается направление к увеличению.

По данным ВОЗ, влияние бесплодия на демографические показатели при его частоте 15% и выше значительно превышает суммарное влияние невынашивания и перинатальных потерь. Частота бесплодных браков в Алтайском крае уже достигла критической отметки - 15%. И при таком проценте проблема из чисто медицинской переходит в социальную и экономическую.

Еще 40 лет назад наши мамы и бабушки боялись забеременеть, а частота аборт и связанных с ним осложнений были основной проблемой гинекологической практики и социума. Сегодня же с каждым годом одновременно с нежеланием иметь детей и бездетностью фиксируется рост людей, которые хотят иметь детей, но у них беременность не наступает.

В чем причина современного бесплодного брака? Об этом наш разговор с клиническими ординаторами кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ

**Олесею Геннадьевной АНТИПОВОЙ и Ириной Юрьевной ПАНЬКИНОЙ.**

**- Когда можно говорить о бесплодии?**

- Бесплодие - отсутствие беременности у женщины детородного возраста в течение 1 года регулярной половой жизни без применения каких-либо контрацептивных средств.

У женщин различают **первичное бесплодие** (отсутствие беременности в анамнезе) и **вторичное** (бесплодию предшествовала хотя бы одна беременность).



О.Г. Антипова

Причиной бесплодия могут быть нарушения в репродуктивной системе одного или обоих супругов. В 45% случаев бесплодие связано с нарушениями в репродуктивной сфере женщины, в 40% - мужчины. **Основных причин женского бесплодия всего две: непроходимость маточных труб (35-40%) и отсутствие овуляции (40-50%).** Прочие причины встречаются крайне редко. Достаточно часто встречается сразу несколько причин infertility, у каждой третьей пары при обследовании выявляются 2-3 причины, нарушения как со стороны женщины, так и мужчины. Поэтому при бесплодии в браке необходимо обследовать одновременно двух супругов.

**Трубное бесплодие** связано с нарушением функциональной активности маточных труб или их органическим поражением, которое и приводит к их непроходимости. Причиной данной патологии являются перенесенные воспалительные заболевания половых органов (гонорея, хламидиоз, туберкулез



И.Ю. Панькина



## Школа ответственного родительства

и другие), оперативные вмешательства на внутренних половых органах, эндометриоз маточных труб и другие формы наружного эндометриоза.

**Перитонеальное бесплодие** обусловлено спаечным процессом в области придатков матки. Оно возникает вследствие воспалительных заболеваний половых органов, после оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза.

**Причины нарушения овуляции** (отсутствия выхода из доминирующего фолликула из яйцеклетки) - самые разнообразные. К ним относятся:

- **психогенные факторы:** конфликтные ситуации в семье, на работе, неудовлетворенность половой жизнью, а также настойчивое желание иметь ребенка или, наоборот, боязнь беременности - могут вызывать нарушения овуляции, имитирующие эндокринное бесплодие;

- **эндокринные проблемы** в виде гипо- или гиперфункции щитовидной железы, нарушения питания (ожирение или дефицит веса), сахарный диабет, проблемы с надпочечниками и другие. Часто эндокринная патология протекает на субклиническом уровне, и женщина даже не знает об этом, и только при грамотном прицельном обследовании устанавливается причина дисфункции эндокринной системы;

- **недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла (НЛФ)** связана с гипофункцией желтого тела яичника, приводящей к недостаточной секреторной трансформации эндометрия. Бесплодие при НЛФ вызвано нарушением имплантации эмбриона или ранним самопроизвольным выкидышем, когда беременность прерывается до задержки менструации. НЛФ возникает вследствие дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы после травм, нейроинфекций, стрессов; в результате гиперандрогении; гипо- или гипертиреоза; гиперпролактинемии; воспалительных процессов.

**Синдром лютеинизации неовулирующего фолликула (ЛНФ-синдром)** - это преждевременная лютеинизация преовуляторного фолликула без овуляции.

**Какие еще факторы мешают реализации репродуктивных желаний женщины?**



**Скомпроментированная матка**, особенно ее полость, что может привести к нарушению процесса имплантации эмбриона. При обследовании необходимо исключить наличие хронического эндометрита, внутриматочных перегородок и синехий, аденомиоз, миому матки с центрипитальным ростом узла, полипы эндометрия.

**- Каковы основные причины мужского бесплодия?**

- Причинами бесплодия со стороны мужчины могут быть **секреторные** (нарушение сперматогенеза) и **эксcretорные** (нарушение выделения спермы) факторы. Мужское бесплодие чаще обусловлено варикоцеле, воспалительными заболеваниями, пороками развития, эндокринными нарушениями. Частота бесплодия неясной этиологии у мужчин достигает 15-25%.

Обследование мужчины начинают с анализа спермы (спермограммы). При выявлении патологии мужчине показана консультация врача-уролога-андролога для дальнейшего его обследования и лечения.

**- Что должна делать семейная пара, которая хочет иметь детей, но желанная беременность не наступает?**

- Для начала необходимо посетить специалиста для корректной диагностики причин infertility пары.

Диагностика бесплодия начинается со сбора анамнеза, при котором уточняется характер менструальной функции (менархе, регулярность цикла и его нарушения, межменструальные выделения, болезненные менструации), число и исход предыдущих беременностей, длительность беспло-

**Первичное и вторичное бесплодие может быть относительным, если восстановление репродуктивной функции возможно, и абсолютным - при невозможности забеременеть естественным путем (отсутствие матки, яичников, некоторые пороки развития половых органов).**



◀ дия, используемые методы контрацепции и продолжительность их применения. Изучается половая функция, нет ли более при половом акте, регулярность половой жизни. Обращают внимание на экстрагенитальные заболевания (сахарный диабет, туберкулез, патология щитовидной железы, надпочечников и другие) и перенесенные операции, способствующие появлению бесплодия (операции на матке, яичниках, маточных трубах, мочевыводящих путях, кишечнике и т.д.). Уточняют гинекологический анамнез: наличие воспалительных процессов органов малого таза и заболеваний, передаваемых половым путем (возбудитель, продолжительность и характер терапии), заболевания шейки матки и их лечение (консервативное, крио- или лазеротерапия, радио- и электроконизация). Выявляют психогенные факторы, а также вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков), которые могут приводить к бесплодию.

Согласно современных стандартов, полное обследование семейной пары должно быть проведено не более, чем за 6 месяцев от первичного обращения, и принято решение о возможных путях решения проблемы.

**- Какие существуют возможности решения проблемы?**

- Эффективность лечения бесплодия зависит от многих факторов, прежде всего, от возраста пациентов. Чем моложе женщина и мужчина, тем



больше у них шансов на успех. Особенно это касается бесплодия, обусловленного нарушением овуляции у женщин.

Длительность традиционного лечения бесплодия путем коррекции эндокринного статуса пациентов, проведением противовоспалительной и реабилитационной терапии, медикаментозной стимуляции овуляции, проведения хирургических вмешательств не должен превышать 12 месяцев у женщин до 35 лет и 6 месяцев - у женщин старше 35 лет.

При неэффективности используемых методов коррекции в эти сроки должен быть поставлен вопрос о решении проблемы с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, при проведении которых возраст пациентов тоже играет ключевую роль. ☺

**Причиной иммунного бесплодия является образование у женщины антиспермальных антител (в шейке матки, эндометрии, маточных трубах), приводящее к фагоцитозу сперматозоидов. Эта форма бесплодия встречается не более, чем в 1-2% случаев.**



**Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ, д.м.н., президент «Ассоциации акушеров-гинекологов» Алтайского края, член Редакционного совета журнала:**

- Природа определила женщине лучший возраст для беременности и родов - 18-35 лет. Именно в этот возрастной период практически каждый менструальный цикл - овуляторный, наступившая беременность и роды протекают физиологически и заканчиваются рождением здорового потомства. Когда мы пытаемся обмануть биологию (природу), оттягиваем вопрос деторождения на поздний репродуктивный период или думаем, что проблема решится сама собой, то в итоге часто обманутыми и разочарованными остаемся мы сами.

Помните слова Бернарда Шоу: «Проблемы должны заставлять тебя действовать, а не вгонять в депрессию». Так давайте действовать вместе!





# Психология старения. Жизнь на пенсии

**При выходе на заслуженный отдых одни люди не замечают происходящие изменения, другие же переживают этот этап жизни очень болезненно, в «сопровождении» со стрессом, тоской и апатией.**

Особенно сильно от «пенсионного стресса» страдают те, кто на работе был занят активной творческой деятельностью, и те, кто живет один, вдали от детей и внуков. Для них выход на заслуженный отдых порой становится самой настоящей трагедией. Базовая эмоция, которая просматривается в этот период, - **страх**, ведь мы всегда боимся чего-то нового, где у нас совсем нет опыта. А ведь хочется, чтобы пребывание в статусе пенсионера было не хуже, чем в юности или зрелости.

**Как приспособиться к новому социальному статусу и продолжать получать удовольствие от жизни?**

С приближением пенсионного возраста человек проходит несколько этапов. Первый - так называемая **«предпенсионная фаза»**. В это время пенсия видится в отдаленном будущем, но при этом у человека уже возникает чувство тревоги. Многие в этот период начинают откладывать деньги, обустройства дачные участки, где планируют проводить значительную часть времени после выхода на пенсию, кто-то начинает присматривать себе хобби, новые сферы деятельности. Замечу, что этот подход совершенно правильный, он помогает *без стресса подойти к пенсионному возрасту*. Ведь после такой подготовки люди перестают бояться ухода с работы.

Следующий этап носит романтическое название **«медовый месяц»**. Он начинается сразу же после выхода на пенсию. Человек испытывает *чувство эйфории* от обретенной свободы - уже не нужно никуда спешить, можно заниматься любимыми делами. Но, к сожалению, вслед за этой эйфорией часто наступает *фаза разочарования*, которая возникает от того, что сталкиваются воображаемое и реальное. Картинка пенсионной жизни, которую человек нари-

совал в своем воображении, оказывается не соответствующей реальности. Например, человек был уверен, что с выходом на пенсию он посвятит себя воспитанию внуков, а дети отказываются от его помощи. Или он подобрал себе некое хобби, а состояние здоровья не позволяет им заниматься.

У многих фаза разочарования сменяется *этапом переориентации и стабильности* - человек начинает осознавать свои слабые и сильные стороны и подбирать соответствующее занятие. Но есть люди, которые, несмотря на все усилия, так и не могут найти себя.

Конечно, пережить данный этап жизни проще тем людям, имеющим хобби. По статистике, женщины переживают выход на пенсию легче, чем мужчины. Ведь бабушкам привозят внуков, с которыми надо нянчиться, дела по дому куда не исчезли. Многие мужчины привыкли самореализовываться только на работе. Близким людям важно объяснить мужчине, что **пенсия - это время отдыхать**. Поэтому мужчине нужно найти себе новые интересные увлекательные занятия.

**Поддержка и забота близких людей может сделать выход на заслуженный отдых более спокойным и радостным.** Пенсионерам необходимо также помнить о том, что уединение, самоизоляция может привести к депрессии. Поэтому надо стараться общаться с окружающими людьми. В Европе у людей на пенсии жизнь только начинается. Почему бы нам не перенять их опыт? **Начните путешествовать и отдыхать.** Ведь отдых может быть и недорогой. Запишитесь в бассейн, ведь это не только интересно, но и полезно. Кстати, занятия спортом после 55 лет очень полезны: йога, плавание, танцы. Существуют клубы по интересам, проводятся мастер-классы, где свою активность можно направить в



**Алла Владимировна ЛОБАНОВА,**  
клинический перинатальный психолог, Алтайский краевой центр медико-социальной поддержки беременных женщин, КГБУЗ «Алтайский краевой перинатальный центр «ДАР»»



▶ правильное русло. В последнее время появились поисковые отряды, благотворительные фонды и волонтерские организации, где активность пенсионеров используется во благо, где они чувствуют себя нужными и востребованными.

**Основные правила, которые нужно соблюдать, чтобы не впасть в депрессию, сохранить мир в семье и принять то положение, в котором вы оказались:**

◆ **занятия спортом.** Малоподвижный образ жизни негативно сказывается на здоровье человека. Во время занятий спортом в организме выделяются эндорфины, гормоны радости. И в этом случае у депрессии не останется никаких шансов! Правильное дыхание во время физических занятий отлично помогает успокоиться и расслабиться. Регулярные тренировки можно заменить ежедневными получасовыми прогулками на свежем воздухе;

◆ **правильный сон.** Поможет бороться со стрессом: во время сна организм восполняет необходимые ему силы. Чтобы сохранять бодрость и энергичность в течение дня, следует придерживаться определенного распорядка: ложитесь спать и вставайте примерно в одно и то же время. Для нормального самочувствия в среднем достаточно 7-8 часов крепкого сна. Чересчур длительный сон может навредить вашему самочувствию;

◆ **здоровое питание.** Чтобы справляться со стрессом, организму нужна энергия, восполнить которую поможет правильная пища. Сбалансированная микроэлементами, витаминами и полезными веществами еда поможет восстановить силы, улучшит настроение, придаст бодрости. Важно исключить из своего рациона вредные продукты питания (жирную, соленую и жареную пищу). Противопоказан и алкоголь;

◆ **медитации и расслабляющие практики.** Уделите время себе. В тишине и покое можно провести сеанс медитации. Сконцентрировавшись, вы не только успокоите пошатнувшиеся нервы, но и сможете найти выход из самой сложной проблемы;



◆ **хобби и увлечения.** Это лучший способ поднять настроение и отвлечься от негатива. Во время занятий танцами, музыкой, живописью ваша душа наполняется позитивными настроениями, и проблемы не кажутся такими уж неразрешимыми;

◆ **уверенность в себе.** Отечественные и зарубежные психологи сходятся во мнении, что лучше всего приспосабливаются к выходу на пенсию люди, имеющие среднюю и высокую самооценку. Поэтому тем, кто никак не может смириться со своим новым статусом, в первую очередь необходимо научиться лучше относиться к себе. Почаще вспоминайте свои достижения, не корите себя за сделанные ошибки, каждую маленькую победу (например, вы совершили выгодную покупку или поделились с соседкой рецептом фирменного пирога) воспринимайте как большой успех;

◆ **вы в ответе за свою жизнь.** Старайтесь не перекладывать ответственность за свою жизнь на кого-то другого. Многие пенсионеры считают, что в их плохом настроении и ощущении ненужности виноваты окружающие: дети, которые не хотят жить с престарелыми родителями, бывшие начальники, которые отправили на пенсию ценного специалиста, друзья, которые всё реже заходят в гости. А ведь за свою жизнь должны отвечать только вы сами. И живете вы в первую очередь для себя. Многим кажется, что нет нужды готовить для себя вкусный

обед - мол, можно поесть и полуфабрикаты, не стоит убирать квартиру - всё равно никто не заходит, и т.д. Однако делать всё это необходимо: пусть сначала через силу, заставляя себя. Но со временем эти простые повседневные действия помогут вам справиться с тоской и плохим настроением;

◆ **найдите занятие по душе.** Конечно, лучший способ безболезненно пережить выход на пенсию - найти занятие по себе. Цветники под окнами, садовые работы, может быть, вы организуете какое-то мероприятие для детей во дворе, участие в работе благотворительных фондов и клубов по интересам - это лишь малый список дел, которые можно организовать;

◆ еще одна проблема, с которой сталкиваются «начинающие пенсионеры», - **неумение общаться с людьми «просто так», не по делу.** Многим кажется, что люди могут воспринимать такие «беседы ни о чем» как назойливость. Это совсем не так. Одиноких людей очень много. Не стесняйтесь, если кто-то не хочет поддерживать с вами диалог, это вовсе не трагедия;

◆ **заведите домашнее животное.** Многим в поиске новых знакомых помогает собака, кошка. Заведите четвероногого друга. Кстати, собачники - особая каста, у них всегда найдется тема для беседы и компания для прогулки.

**Помните, что пенсия - это не приговор и не конец жизни. Это - новый виток в вашей жизни и только от вас зависит, каким он будет.** ☺



# Вакуумный забор крови: безопасно и современно

**Благодаря внедрению современных технологий в медицинскую практику, за последние годы возросла роль лабораторных исследований в диагностике и оценке эффективности лечения различных заболеваний.**

Очень часто важные решения врача по тактике лечения опираются на результаты лабораторных данных. Обеспечение качества и достоверности результатов лабораторных исследований является основой назначения адекватного лечения. И, конечно же, результаты лабораторных анализов напрямую зависят от подготовки пациента, от времени забора пробы крови, соблюдения необходимых требований к взятию данной пробы и т.д.

**Очень часто на результаты лабораторных исследований могут влиять факторы, связанные с индивидуальными особенностями и физиологическим состоянием организма:** возраст, диета и голодание; курение и употребление алкогольных напитков, менструальный цикл, беременность, менопауза, эмоциональное состояние и психический стресс, прием лекарственных препаратов и другие.

На точность и правильность полученных результатов также оказывает влияние и техника взятия крови, а также используемые при этом медицинские изделия: иглы, ланцеты, скарификаторы, пробирки, в которые берется кровь.

**Качественное взятие материала является одним из важнейших моментов всего лабораторного исследования.** Во многих медицинских организациях Алтайского

края уже произошел переход на современную **систему вакуумного забора крови**. Ее внедрение оказывает влияние на все этапы лабораторного исследования и в целом переводит организацию работы лаборатории медицинского учреждения на более высокий уровень.

Вакуумная система забора крови - в первую очередь, безопасная. Однако пациенты старшего поколения с настороженностью относятся к этому методу: «Не попадет ли воздух в кровоток при смене пробирок?» или «А вы достаточно крови взяли?» и т.п. ▶



**Елена Геннадьевна ЯШКИНА,**

фельдшер-лаборант,  
клинико-диагностическая  
лаборатория,  
КГБУЗ «Городская  
поликлиника №3,  
г.Барнаул»



**Дорогие коллеги!**

АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» от всего сердца поздравляет вас с **Международным Днем акушерки и Международным Днем медицинской сестры!** В основе нашей профессии – глубокие знания и опыт, милосердие и человеколюбие, благодаря которым вы помогаете преодолеть болезни, сохранить веру в выздоровление, защищаете здоровье пациентов, а порой спасаете самое дорогое – жизнь!

В преддверии профессиональных праздников примите особую благодарность за ваш нелегкий и такой важный труд! Позвольте пожелать вам уверенности в будущем, неиссякаемой энергии в достижении целей, активного участия в развитии нашей профессии! Пусть вам сопутствует удача, душевная гармония, уважение и признание окружающих, здоровья вам и вашим близким!

Будьте счастливы!

С уважением,  
Президент АРОО ПАСМР  
Л.А. Пышкина

 Май 2019 год

## Советы медицинской сестры

▶ Давайте рассмотрим технику забора крови вакуумной системой.

Система состоит из двусторонней иглы, держателя (переходника) и вакуумной пробирки. Цвета крышек пробирок различные и зависят от наполнителя (химического реагента) пробирки.

Медицинская сестра вводит в вену уже собранную систему, а затем присоединяет пробирку (или пробирки) в зависимости от назначенных врачом исследований. Далее проводится маркировка проб. Для этого на каждой пробирке имеется двойной отрывной цифровой код: один остается на пробирке, другой отклеивают и помещают на направление для идентификации пациента. Далее пробы в контейнерах для транспортировки отправляют в лабораторию.

Традиционные и широко используемые в настоящее время способы взятия крови с помощью иглы и (или) шприца не могут быть стандартизованы и не обеспечивают безопасность пациента и персонала, берущего кровь. Использование медицинского шприца с иглой для взятия крови следует также избегать из-за исключения гемолиза крови при переносе пробы под давлением в пробирку.



Взятие проб венозной крови вакуум-системой наиболее предпочтительней из-за предотвращения любого контакта медицинского персонала с кровью пациента и тщательно дозированный объем вакуума обеспечивает точное соотношение «кровь и реагент» в пробирке.

Для обеспечения качества лабораторных исследований важным моментом является также правильная подготовка пациента к анализу.

**Общие правила для пациента накануне сдачи анализов:**

- не принимать пищу после ужина;
- лечь спать накануне в обычное время и встать не позднее, чем за 1 час до взятия крови;
- утром после подъема воздержаться от курения;
- лекарственные средства лучше принять после сдачи анализов;
- кровь сдается также до проведения рентгенологического, эндоскопического или ректального исследования;
- перед взятием крови на анализы необходимо исключить физическое напряжение (бег, подъем по лестнице), эмоциональное возбуждение;
- непосредственно перед процедурой следует успокоиться и отдохнуть 10-15 минут.

**Соблюдение общих правил подготовки к сдаче анализов позволит получить достоверные данные состояния вашего организма.** ☺

**Традиционные и широко используемые в настоящее время способы взятия крови с помощью иглы и (или) шприца не могут быть стандартизованы и не обеспечивают безопасность пациента и персонала, берущего кровь.**



# Что мы знаем о туберкулезе?

**Туберкулез - это распространенное инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое микобактериями туберкулеза. Палочки Коха названы в честь немецкого ученого Роберта Коха, который объявил об их открытии в 1882 году в Берлине.**

Кажется, что эта коварная болезнь осталась в прошлом веке. Между тем, туберкулез остается серьезной угрозой здоровью людей.

**Туберкулез - социальная болезнь, которая напрямую зависит от образа жизни, качества питания.** Сложное экономическое положение, стрессы, социальная неустроенность - всё это существенно повышает риск заражения и развития туберкулеза. Но утверждение, что богатые, благополучные, хорошо питающиеся и отдыхающие на море люди не болеют туберкулезом, - заблуждение. Палочка Коха не различает социального статуса и с одинаковой эффективностью заражает и бедных, и богатых. Сумасшедший темп современной жизни, информационный прессинг, постоянная нехватка времени в погоне за успехом, нерегулярное и несбалансированное питание - эти стрессовые моменты приводят к снижению защитных сил организма и способствуют развитию заболевания.

Вместе с тем, здоровый человек, как правило, **заражается от больного** и чаще - **воздушно-капельным путем**. Заразиться можно в самых разных местах: магазине, общественном транспорте, в гостях и даже на дорогом курорте. Заражение возможно при поцелуе, докуривании чужой сигареты или через книгу. *В уличной пыли палочки Коха сохраняются в течение трех месяцев, столько же они могут оставаться живыми на страницах книг. Микобактерии туберкулеза крайне устойчивы к холоду, теплу, влаге и свету. В воде они сохраняются в течение 150 дней, в молоке и молочных продуктах - 8-10 месяцев, в речной воде живут до 5 месяцев,*

*в грунте - 1-2 месяца, в фекалиях и на пастбищах - больше 1 года. При температуре -23°C палочки Коха сохраняют жизнеспособность на протяжении семи лет.*

**Но не каждый, подхвативший палочку Коха, немедленно заболевает.** Из ста человек, зараженных туберкулезной палочкой, заболевают лишь 5-10, остальные спокойно сосуществуют с ней, их иммунная система в течение длительного времени держит туберкулезную палочку под контролем. Следует помнить, что в случае ослабления защитных сил организма эта самая дремлющая палочка Коха может начать размножаться и вызвать болезнь.

**Что может «разбудить» туберкулезную палочку?** Что способствует «взрыву этой мины»?

В первую очередь, - **голодание, недостаточное, несбалансированное питание**, которые снижают сопротивляемость организма. Ведь повышенное потребление в пищу белков (мяса, молока, творога, яиц), животных жиров (сливочного масла) и витаминов во все времена было одним из основных методов лечения туберкулеза.

**Вредные привычки** - курение табака и злоупотребление алкоголем. Употребление в пищу продуктов, содержащих консерванты, пищевые красители, стабилизаторы, значительно снижают защитные силы организма.

**Частые конфликты и скандалы.** Стресс и депрессия отрицательно влияют на состояние иммунной системы.

**Охлаждение, одежда «не по погоде»** также снижают сопротивляемость организма и увеличивают риск заражения инфекцией.



**Ольга Владимировна СИВИХ,**

рентгенолаборант  
травмпункта, высшая  
квалификационная  
категория, КГБУЗ

«Городская поликлиника  
№1, г.Барнаул», член  
ПАСМР с 2001 года

**Заразиться можно в самых разных местах: магазине, общественном транспорте, в гостях и даже на дорогом курорте.**



## Советы медицинской сестры

Не надо надеяться на чудо. При появлении эффективных лекарственных препаратов туберкулез вернулся к людям в лекарственно устойчивой форме. Раньше частоту «лечили» усиленным питанием и климатом, потому что противотуберкулезные препараты еще не были созданы. Выживали только те, у кого защитные силы организма смогли «мобилизоваться» и справиться с туберкулезной инфекцией.

**В лечении туберкулеза сегодня самое главное - это четкое соблюдение всех рекомендаций врача.** Неправильное лечение приносит больше вреда, чем пользы, так как оно превращает излечимую форму болезни в трудноизлечимый лекарственно-устойчивый туберкулез. И тогда уже вылечить его - долгая, мучительная, дорогостоящая и, к сожалению, не всегда успешная процедура. И если такой больной заразит кого-либо своими лекарственно-устойчивыми палочками туберкулеза, то шансы на излечение у этого человека тоже, увы, невелики.

**У заболевшего туберкулезом человека появляются жалобы** на быструю утомляемость и общую слабость, снижение аппетита, необъяснимую потерю веса, повышенную потливость (особенно под утро), одышку при небольших физических нагрузках, кашель (покашливание) с выделением мокроты, возможно, и с кровью, бледность кожных покровов, субфебрильную температуру, боли в грудной клетке при дыхании. **При сохранении любого из этих симптомов в течение трех недель и более необходимо обратиться к участковому врачу и провести специальные исследования для подтверждения или исключения диагноза «туберкулез».**

Основными методами выявления туберкулеза являются бактериологическое исследование выделений и мокроты заболевшего, рентгенография и флюорография.

**Помните, что туберкулез при своевременном выявлении и правильном лечении полностью излечим!**



### Залогом успешной профилактики заражения туберкулезом является:

- ▶ своевременное проведение прививок и ежегодных проб Манту детям;
- ▶ флюорографическое обследование не реже 1 раза в год;
- ▶ здоровый образ жизни, включающий полноценное питание;
- ▶ отказ от вредных привычек;
- ▶ элементарные навыки личной гигиены (мытьё рук после прогулки и перед едой);
- ▶ закаливание, занятия физкультурой и спортом;
- ▶ в помещении - частое проведение влажной уборки, проветривание, регулярная смена постельного белья.

Борьба с туберкулезом будет успешной только тогда, когда все станут соблюдать эти правила и требовать их выполнения от окружающих. Таким образом, зная о факторах возможного заражения туберкулезом, необходимо своевременно выполнять профилактические мероприятия, тем самым максимально снижая риск заражения себя и своих близких. ☺

**Основные методы выявления туберкулеза - бактериологическое исследование выделений и мокроты заболевшего, рентгенография и флюорография.**



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



# Если болит спина...

**Масштаб проблем, связанных с заболеваниями позвоночника, огромен. По статистике, около 80% россиян страдают от хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата, в частности, от остеохондроза, который становится причиной нарушения жизнедеятельности многих органов и систем организма.**

По данным ВОЗ, вертеброневрологические патологии занимают третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Выраженные клинические проявления наблюдаются в период активной деятельности человека и часто являются причиной временной нетрудоспособности, а также приводят к стойкой утрате трудоспособности.

**Говоря о проблемах с позвоночником, необходимо понимать, как он устроен.**

**Позвоночник** - наша костная опора и состоит из 24 позвонков: 7 шейных, 12 грудных, 5 поясничных, между ними - межпозвонковые диски, есть еще крестцовая кость и копчик.

Нагрузка распределена таким образом, что на шейные позвонки и межпозвонковые диски приходится меньше нагрузки, соответственно, их размер меньше, чем размер грудных и поясничных. **Чем ниже позвонок, тем большую нагрузку он испытывает.** Например, на позвонок, расположенный в районе поясницы, приходится 75% веса тела, поэтому в большинстве случаев грыжевое выпячивание возникает именно на этом уровне.

**Межпозвонковые диски** - дополнительные суставы, прекрасные амортизаторы, на которых вращаются позвонки. Их функция - уберечь позвонки от трения, соприкосновения друг с другом, что привело бы к травме и повреждению. Основная часть болей в спине обусловлена заболеваниями самих межпозвонковых дисков (протрузия, грыжа), либо повреждением рядом расположенных структур.

Межпозвонковый диск состоит из хрящевой ткани и анатомически делится на три составляющие. Внутренняя

часть (*пульпозное ядро*) - гелеобразная, богатая водой масса. Наружный участок (*фиброзное кольцо*) имеет твердую и волокнистую структуру. Волокна переплетены между собой в разных направлениях, что позволяет диску выдерживать многократные высокие нагрузки при сгибании и скручивании. Третья составляющая - *тонкий слой гиалинового хряща*, который отделяет диск от тела позвонка. Ткани диска питаются за счет сосудов тела позвонка, и поэтому «замыкательная» пластинка гиалинового хряща выполняет важную роль в процессе питания межпозвонкового диска.

Межпозвонковый диск, как и другие хрящи, состоит в основном из воды и коллагеновых волокон, погруженных в матрикс из протеогликанового геля. Вода составляет от 65 до 90% объема диска. При осевом сдавливании диска он деформируется и уплощается - вода

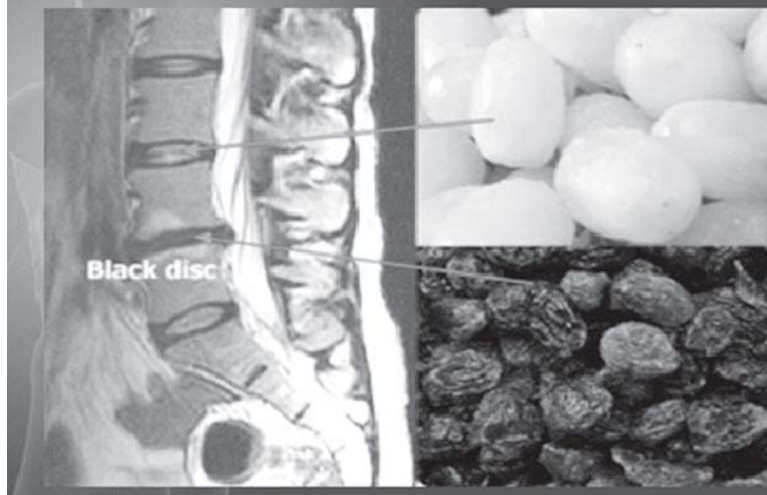


**Елена Александровна РЫБАК,**

врач-невролог, первая квалификационная категория,

КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Примерно к 30-ти годам в ядре диска теряется около 30% протеогликанов (гликозаминогликанов), которые должны «тянуть» на себя воду, обеспечивая давление (тургор) в диске. Поэтому закономерны дегенеративные изменения старение структур диска.



Примерно к 30 годам в ядре диска теряется около 30% протеогликанов (глюкозаминогликанов), которые должны «тянуть» на себя воду, обеспечивая давление в диске, поэтому закономерны дегенеративные изменения и старение структур диска.

из диска уходит. В течение дня диск теряет 10-15% своей воды, поэтому человек в конце рабочего дня меньше ростом, чем утром после сна. Таким образом из-за потери воды и сжатия диска человек за день может терять до трех сантиметров своего роста. Ядро теряя воду, становится тверже. Это можно сравнить с сочным виноградом, полным воды, и высохшим изюмом (картинка на стр.25).

## Остеохондроз - причина №1 болей в спине

Суть заболевания сводится к нарушению структуры тканей позвонков и межпозвоночных дисков, что приводит к снижению их эластичности и изменению формы. Значительно уменьшается промежуток между позвонками, и в этом месте наблюдается потеря стабильности позвоночника. Патологическое разрушение тканей сопровождается защемлением нервных окончаний, идущих от спинного мозга, и приводит к постоянному напряжению спинных мышц.

**Выделяют четыре стадии остеохондроза:**

- доклиническая (этап биохимических изменений) - клинические признаки дегенерации диска отсутствуют или выражены очень слабо;

- стадия нарастания изменений в студенистом ядре - дальнейшее прогрессирование процесса дегенерации межпозвоночного диска приводит к на-

рушению обменных процессов в студенистом ядре;

- полное разрушение фиброзного кольца - образование протрузии или грыжи межпозвоночного диска;

- регенерация тканей межпозвоночного диска с их замещением фиброзной тканью и формированием спондилеза и спондилоартроза.

**Лечение может быть оперативным и консервативным.**

Многие из пациентов думают, что операция решит все проблемы с позвоночником. Это не так. Оперативное вмешательство не является простым и безвредным способом избавления от проблемы. Проводится оно только 10% пациентов. В результате оперативного вмешательства в организме происходят необратимые последствия на структурах позвоночника (мышцах, связках, костных структурах): образуются рубцы и спайки; позвоночник перестает быть единым цельным «механизмом», каким он был до оперативного вмешательства; практически полностью нарушается подвижность в области прооперированного диска. **Оперативное лечение не восстанавливает нормальную структуру межпозвоночного диска, его основные функции амортизатора.** Таким образом, нагрузка со временем ложится на выше- или нижележащие диски, что очень часто приводит к появлению в них новых грыж, которые лечатся повторной операцией. Таким образом, операция - не панацея. Она применяется только в тех случаях, когда не помогло консервативное лечение.

**Традиционное лечение.** Пусковым механизмом развития дегенеративных изменений в позвоночнике является регидратация (потеря воды из межпозвоночных дисков) и уже как следствие - боль, воспаление, мышечный спазм.

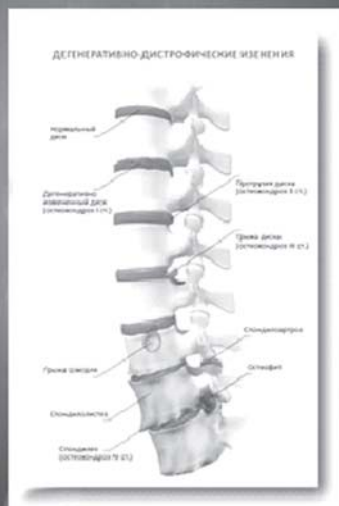
Поэтому все консервативные механические методы лечения остеохондроза (массаж, физиолечение, иглорефлексотерапия, блокады, и другие) направлены:

- на улучшение микроциркуляции в проекции поврежденных дисков,

- на разгрузку позвоночника, снятие спазма паравертебральных мышц, уменьшение мышечных контрактур,

- на освобождение от отека, воспаления и сдавления нервных корешков и окружающих тканей.

## Стадии остеохондроза



- Доклиническая стадия (этап биохимических изменений) – клинические признаки дегенерации диска отсутствуют или выражены очень слабо.
- Стадия нарастания изменений в студенистом ядре – дальнейшее прогрессирование процесса дегенерации межпозвоночного диска приводит к нарушению обменных процессов в студенистом ядре.
- Полное разрушение фиброзного кольца. Образование протрузии или грыжи межпозвоночного диска.
- Регенерация тканей межпозвоночного диска с их замещением фиброзной тканью и формированием спондилеза и спондилоартроза.





Благодаря такому воздействию жидкость из длинных мышц спины начинает поступать в пульпозное ядро и происходит регидратация диска. Межпозвонокковый диск набирает массу, восстанавливает свой объем. Восстанавливается и амортизационная функция позвоночника. Меняется взаимодействие нервного корешка и разрушенного межпозвоноккового диска - уменьшается или исчезает дискорадикулярный конфликт и, как следствие, болевой синдром.

**Чтобы лечение было эффективным, пациенту во время комплексного лечения необходимо придерживаться простых правил:**

◆ *соблюдение ортопедического режима.* **Фиксирующий ортез** - средство, необходимое при лечении позвоночника. Необходима иммобилизация позвоночника, его разгрузка как в период обострения, так и с профилактической целью (при неблагоприятных условиях - не более трех часов в сутки). Нужный ортопедический ортез - воротник Шанца, фиксирующий корсет (грудно-поясничный, поясничный, пояснично-крестцовый). Степень его жесткости (жесткий, полужесткий) подбирается индивидуально для каждого пациента по рекомендациям лечащего врача;

◆ *соблюдение диеты и водного режима.* При остеохондрозе необходимо, чтобы питание обеспечивало достаточное поступление в организм особых веществ, которые участвуют в синтезе хрящевой ткани позвоночника. Речь идет о мукополисахаридах - хондропротекторах. Они в значительном количестве содержатся в таких продуктах, как студень, холодец, заливная рыба. Первые два продукта содержат также необходимый для нормального развития соединительной ткани белок. Идеальным десертом для больных остеохондрозом является фруктово-желе, которое, помимо богатого мукополисахаридами желатина, поставляет в организм множество различных витаминов.

*Следить надо и за получением достаточного количества жидкости: в сутки необходимо выпивать 1,5-2 литра воды.* Ее недостаток приводит к дегидратации межпозвонокковых дисков, что нередко инициирует первые патологические изменения в хрящевой ткани.



### **Какие продукты полезны:**

► **питание при остеохондрозе должно быть обогащено протеинами:** в правильно составленном рационе белки составляют минимум 1/3 поступающих веществ. Их основным источником являются мясо, рыба, орехи, бобовые, баклажаны;

► **для сохранения и укрепления структуры костной ткани особо важно наличие в рационе необходимого количества минералов** (кальция, магния, марганца, фосфора) **и витаминов** (А, С, D, группы В). Большое количество кальция содержится в твердых сырах, твороге, молоке, бобовых, миндале и листьях салата;

◆ *формирование и укрепление мышечного корсета.* Мышечный корсет (или мышцы туловища) - это комплекс мышечных тканей, отвечающих за стабильное положение позвоночника, таза и бедер. Это единственные мышцы в организме, которые не двигают наше тело, а отвечают за сохранение его положения. За это они названы мышцами-стабилизаторами. Хорошо развитый мышечный корсет - залог красивой осанки, здоровой спины и крепкого пресса. ЛФК, бассейн, пилатес, йога - направлены на укрепление мышц и разгрузку позвоночника, профилактику остеохондроза. ☺

**Относитесь к своему позвоночнику бережно: не подвергайте его большим нагрузкам, следите за собственным весом, ведите здоровый образ жизни, полноценно питайтесь и избегайте травм. Тогда и в преклонном возрасте движения будут доставлять вам радость, а не дискомфорт.**

**КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ**  
**КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»:**  
**(3852) 250-400 - единый номер регистратуры.**  
**Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а**

*На правах рекламы*



# Особенности течения ишемии у женщин в постменопаузе

*По определению ВОЗ, пожилыми называют людей старше 65 лет. Возраст считается доминирующим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.*

*Так, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается у людей старше 65 лет, особенно в возрасте старше 80 лет, и будет увеличиваться примерно на 10% в течение следующих 20 лет.*

С 2010 по 2030 годы из-за увеличения людей старше 65 лет еще 27 миллионов человек будут иметь гипертонию, 8 миллионов - ишемическую болезнь сердца, 4 миллиона - инсульт, а 3 миллиона людей - сердечную недостаточность. Согласно прогнозам, население старше 65 лет удвоится с 12% в 2010 году до 22% в 2040 году.

**Ишемическая болезнь сердца (ИБС) сильно ассоциируется с возрастом и является основной причиной смерти и в России, и в Европе.**

Именно эта проблема стала темой нашего разговора с **Анной Александровной ЕФРЕМУШКИНОЙ**, членом Редакционного совета журнала, главным внештатным кардиологом Алтайского края, доктором медицинских наук, профессором кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом ДПО

Алтайского государственного медицинского университета. И говоря о факторах риска, прогнозах течения заболевания в этом возрасте, Анна Александровна, неожиданно для нас, сделала акцент на проблеме именно «женского» сердца.

- Почему-то бытует такая точка зрения, что ИБС чаще болеют мужчины. Однако факты говорят о другом. Просто женщины и мужчины на протяжении всей своей жизни имеют различные модели ИБС. Так, в молодом и среднем возрасте женщины чаще имеют не-обструктивную ИБС, то есть без атеросклеротической обструкции коронарных артерий. **У многих женщин с «нормальными» коронарными артериями, рецидивирующей стенокардией, чаще диагностируется ишемическое заболевание микрососудов.** Как констатируют кардиологи, это явля-



ется более вероятным, если есть переменный порог физической активности, что может спровоцировать приступ стенокардии. То есть при таком состоянии боль в груди не проходит в течение нескольких минут после нагрузки, прерывается и (или) если есть медленный или слабый ответ на нитраты короткого действия.

Индуцированная стенокардия (длительная боль в груди в покое и (или) ночью или рано утром) часто обусловлена спазмом коронарных сосудов. Кроме того, **низкий уровень деятельности сердечного ритма** - психическое возбуждение и сердцебиение - **является более распространенным фактором стенокардии**, чем обструктивный атеросклероз. У многих больных одышка при физической нагрузке может быть эквивалентом нарушенной потребности в кислороде, общим чувством усталости и потери энергии.

**- То есть ИБС у женщин проявляется длительными болями после физической нагрузки или даже в покое? И при этом могут и не выявляться традиционные фак-**



**торы риска? Женщины такое состояние связывают просто с усталостью и не обращаются к врачу?**

- Вы верно подметили, а наличие традиционных факторов риска у женщин, имеющих и нетрадиционные факторы риска, добавляет вероятность наличия ИБС. Отмечу и то, что наличие семейной истории ишемической болезни сердца является более сильным фактором риска для женщин, чем для мужчин. Замечу, что и мигрень связана с повышенным семейным риском сердечно-сосудистых заболеваний, преждевременной сосудистой дисфункции и повышения восприимчивости для развития тромбоза и воспаления.

Еще хотелось бы обратить ваше внимание на такой важный фактор как **недостаток эстрогенов**.

В подгруппе пери- и постменопаузы у женщин с артериальной гипертензией прекращение функции яичников и последующий дефицит эстрогенов играет важную роль. Недостаток эстрогенов связан с потерей прямого защитного эффекта гормона на стенку сосуда или же косвенно связан с негативными изменениями в ряде других традиционных факторов риска коронарной артерии (резистентность к инсулину, повышенный уровень холестерина в крови, увеличение массы тела). Поэтому **потеря эстрогенов отрицательно влияет на эндотелий-зависимую и эндотелий-независимую вазодилатацию** (релаксацию гладкой мускулатуры в стенках кровеносных сосудов) **с последующим воздействием на артериальное давление**, что обуславливает артериальную гипертензию и нарушение коронарной вазомоторики. Дефицит эстрогенов является одним из наиболее важных механизмов, приводящих к развитию артериальной гипертензии у женщин в постменопаузе. Также недостаток эстрогенов оказывает негативное влияние на возникновение боли в грудной клетке у женщин, что обусловлено уменьшением или подавлением выработки или выделения эндорфинов и энкефалинов, что приводит к чрезмерному восприятию боли.

**- И как этой ситуацией можно управлять? Что нужно и важно предпринять?**

- Комплексная программа профилактики ИБС у пожилых женщин включает в себя рекомендации по из-



Отказ от вредных привычек



менению образа жизни (соблюдение диеты, снижение веса, выполнение физических упражнений, отказ от курения, урегулирование поведенческих и психосоциальных вопросов), что может положительно улучшить функцию эндотелия и микрососудистой дисфункции. В частности, **снижение массы тела у женщин в постменопаузе, имеющих артериальную гипертензию и микрососудистую стенокардию, является одной из основных задач**: потеря веса положительно влияет на артериальное давление и сопротивление к инсулину. Наши пациенты, те которые внимательно относятся к рекомендациям врача, имеют, как правило, довольно хорошее представление о принимаемых препаратах, понимают механизм их действия.

**Ингибиторы АПФ являются терапией выбора в этих условиях**, учитывая их благотворное воздействие на артериальное давление, эндотелиальную функцию. Кроме того, ингибиторы АПФ могут противодействовать гиперактивности ренин-ангиотезин-альдостероновой системы (РААС), которая наблюдается у пациентов с артериальной гипертензией, особенно в подгруппе женщин в постменопаузе. Бета-адреноблокаторы уменьшают частоту и тяжесть приступов стенокардии, повышают толерантность к физической нагрузке у таких пациентов.

Есть еще группы препаратов, я бы их назвала - препараты, улучшающие качество жизни.

**Блокаторы кальциевых каналов.** Антиангинальную активность имеют дигидропиридины (нифедипин, амлоди-

**В пожилом возрасте (старше 65 лет) традиционные факторы риска начинают преобладать: параллельно с этим симптомы стенокардии становятся более «типичными». Однако пожилые женщины часто имеют гипертонию, что может ухудшить функцию ослабления сердца, проявляющуюся одышкой при физической нагрузке.**



пин, фелодипин и другие) и не-дигидропиридины (верапамил и дилтиазем). Эти препараты широко используются при стабильной стенокардии у пожилых людей: снижают частоту эпизодов стенокардии и повышают толерантность к физической нагрузке, что приводит к улучшению качества жизни.

Преимущество амлодипина - в минимальном развитии сердечно-сосудистых осложнений. В частности, для пожилых пациентов специальным показанием для назначения этого препарата является сочетание артериальной гипертензии и ИБС. Применение амлодипина достоверно уменьшает количество ишемических эпизодов, в том числе «скрытой ишемии миокарда» в течение стабильной стенокардии у пожилых, и увеличивает толерантность к физической нагрузке.

**Антагонисты кальция** чаще рекомендуются в качестве второго препарата при управлении стабильной стенокардией, преимущественно с ранее назначенным бета-блокатором. Конечно, при назначении антагонистов кальция в пожилом возрасте врачом должны контролироваться появление периферических отеков, артериальной гипотензии, запоры.

**Нитраты.** Рекомендуются короткого действия нитраты. В настоящее время используются три препарата из этой группы: нитроглицерин, изосорбида динитрат и изосорбида-5-мононитрат. При их назначении заметно снижается артериальное давление и изменяются сосудистые реакции (как вен, так и артерий): нередко развивается головная боль и ортостатическая гипотензия. Поэтому, принимая при стенокардии нитроглицерин, нужно рекомендовать присесть или прилечь. В этой группе препаратов предпочтение среди нитратов для предотвращения развития толерантности следует давать препаратам изосорбида-5-динитрата, который может сохранять свое действие в течение дня. Нитраты не улучшают исход стабильной стенокардии при длительном применении, поэтому их не следует назначать при отсутствии

симптомов загрудинных болей и ишемии миокарда.

**Кардиопротекторы рекомендуются в качестве второй линии лечения.** Добавление триметазидина (медленного высвобождения) привело к статистически значимому снижению частоты приступов стенокардии. В российском исследовании ТРИУМФ (триметазидин у пожилых людей), в котором у пациентов со стабильной стенокардией напряжения функционального класса II-III в возрасте от 65-80 лет, через три месяца лечения триметазидином уменьшились частота приступов стенокардии, частота депрессии сегмента ST на ЭКГ и появилась положительная динамика показателей качества жизни.

Для второй линии лечения рекомендуется добавить пролонгированные нитраты или ивабрадин, никорандил или ранолазин, учитывая данные частоты сердечных сокращений, артериального давления и толерантности к физической нагрузке.

Ивабрадин у пациентов со стабильной стенокардией и ЧСС более 70 ударов в минуту, наряду с антиишемическим эффектом, достоверно снижал риск развития инфаркта миокарда (в 36% случаев) и необходимость в реваскуляризации (в 30%). Он может быть использован как самостоятельно, так и в комбинации с бета-адреноблокаторами. Из-за того, что, в отличие от бета-адреноблокаторов, ивабрадин сохраняет коронарную вазодилатацию и положительный инотропный эффект, это приводит к улучшению толерантности к физической нагрузке.

Использование никорандила в качестве регулярной антиангинальной терапии имело значительную эффективность на прогноз стабильной стенокардии. Было показано, что добавление никорандила приводит к существенному снижению смертности среди пациентов со стабильной стенокардией.

Ранолазин одобрен для использования у людей со стабильной стенокардией и для улучшения пробы с физической нагрузкой. Кроме того, у ранолазина имеется

антиаритмический эффект в виде уменьшения предсердных и желудочковых аритмий. Пожилые пациенты нуждаются в строгой оценке длительности интервала QT при лечении ранолазином, а также при использовании с другими препаратами, вызывающими удлинение интервала QT.

В целом стратегия лечения предполагает обязательное использование профилактического сочетания (статины и ацетилсалициловая кислота) для всех пациентов с лечебным эффектом на степень ишемии миокарда: короткого действия нитратов в сочетании с бета-блокатором или не-дигидропиридиновым антагонистом кальция, или, при необходимости, сочетание бета-блокаторов с дигидропиридиновым кальций-блокатором. В случае неэффективности или непереносимости какого-либо из препаратов альтернативой фармакотерапии предлагается второй выбор препаратов (нитраты длительного действия, ивабрадин или никорандил) или комбинация бета-блокатора с любым вторым выбором препаратов, а при отсутствии эффекта - комбинация трех основных антиангинальных препаратов. Кроме того, в условиях структурных изменений в миокарде или ишемии миокарда в анамнезе профилактической фармакотерапией предлагается с назначением блокаторов РААС.

**В целом, антиангинальная терапия считается эффективной, если ею можно устранить приступы стенокардии полностью или уменьшить функциональный класс пациента от более высокого к более низкому классу при сохранении хорошего качества жизни.**

Может быть, кому-то такие подробные рекомендации покажутся излишними, но мы, кардиологи, привыкли очень подробно разъяснять нашим пациентам и их родственникам принципы лечения, особенности действия тех или иных препаратов. Именно осознанное следование рекомендациям врача, как по изменению жизни, так и по осознанному системному приему лекарственных препаратов, - залог эффективности лечения. ☺



# Шаг к здоровью

**История болезни девочки-подростка, пациентки хирургического отделения Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства, продолжалась долгие 13 лет.**

Из-за сужения пищевода, возникшего после химического ожога, ежемесячно девочка проходила процедуру бужирования: под наркозом с помощью специального инструмента пищевод буквально расширяли. Однако эффект оказывался коротким. По словам **Юрия Васильевича ТЕНА**, заведующего отделением, профессора, доктора медицинских наук, даже ведущими хирургами принятая методика лечения оценивается как крайне плохая, но лучше ничего на сегодняшний день не предложено. Все эти годы для девочки подходила только жидкая пища - значит, ее жизнь заметно отличалась от жизни сверстников.

В отдельных случаях бужирование позволяет улучшить состояние пациента, проводить процедуру сначала реже, потом - полностью от нее отказаться. В описываемом случае этого не произошло. Сложность назначенной операции была повышенной, потому что требовалась замена большого участка пищевода. И это еще одна причина, по которой многие хирурги при таком заболевании оперируют детей до пяти лет. Летальность при проведении таких операций в лучших клиниках страны составляет 5%. Юрий Васильевич уточнил, что сейчас пациентов чаще направляют в клиники Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону. В хирургическом отделении Алтайского центра не побоялись взять ответственность на себя.

Трансплантатом стал участок кишечника, который был выведен за грудину. Как при любом оперативном лечении, «подводных камней» хватало: могло развиваться отторжение трансплантата, либо причиной гибели используемого

участка кишки мог стать тромб. Поэтому послеоперационный период был достаточно напряженным для врачей отделения. В ближайшие дни девочка отправится домой, а через месяц будет проведен заключительный этап лечения - соединение кишки с верхним отделом пищевода и желудком. И питание девочки постепенно будет таким же, как у большинства людей. Со временем о проведенном лечении будет напоминать только послеоперационный шрам.

Одновременно с профессиональными задачами врачи отделения на всех этапах стремились оптимально решить и психологические проблемы пациентки. А их было достаточно, учитывая подростковый возраст. Правильно выстроенные разговоры обеспечили доверительное общение, что также способствовало успешному лечению. Кстати, оно проведено полностью бесплатно для пациента. Ведущим в отделении остается правило: во всех случаях оказывать помощь настолько, насколько позволяет и профессионализм, и возможности современной медицины.

*- У нас хороший коллектив. Молодые хирурги Евгений Валентинович КЛЕЙМЕНОВ, Дарья Алексеевна ЕЛЬКОВА, Константин Юрьевич ТЕН успешно проводят сложнейшие операции. Приходят и новые врачи, пока к ним присматриваемся, - рассказывает Юрий Васильевич.*

Говоря об особенностях работы детского хирурга, он отметил:

*- Изменить исход операции, проведенной 80-летнему пациенту, всегда могут сопутствующие заболевания - их у пожилого человека, как правило, достаточно. Успешное и грамотное проведе-*



*ние операции ребенку - почти 100%-ная гарантия того, что он поправится. Детские врачи много общаются с мамами, бабушками. На этом этапе могут возникнуть жалобы: как правило, они происходят от несдержанности родственников маленьких пациентов. Медицина - не сфера обслуживания, а зона большой ответственности за свои действия, в том числе это касается и родителей ребенка.*

Химические ожоги пищевода (щелочью, кислотой, выпитыми по ошибке) каждый год получают 20-30 детей. По словам доктора Юрия Васильевича Тена, движимые любопытством маленькие дети, хлебнув неизвестную жидкость, инстинктивно ее проглатывают. Взрослые же делают иначе: они также инстинктивно ее выплевывают, тем самым защищая свой организм.

Ежегодно в Алтайском краевом клиническом центре охраны материнства и детства бужирование пищевода проводится 120-130 маленьким пациентам. Из них не более 2% нуждаются в проведении хирургического вмешательства. ☺



# Малыши спешат на процедуры

**Отделению медицинской реабилитации для детей с поражением центральной нервной системы КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства» исполнился год.**

Отделение с первых дней результативно работает по восстановлению у недоношенных детей, у тех, кто вместе с мамой пережил трудные роды, всех функций организма. И большинство из маленьких пациентов уверенно догоняют сверстников в своем развитии!

**Екатерина Владимировна ИВЧЕНКО**, заведующая отделением, подчеркнула, что это стало возможным, так как работа стартовала на достойном фундаменте:

- Проведено перепрофилирование отделения патологии новорожденных, которое работает в больнице с 1984 года и имеет большой опыт. Удалось собрать высококвалифицированных врачей. Наше отделение в крае - единственное, впрочем, и в России их не много.

Потребность в отделении, специализирующемся на реабилитации детей первого года жизни, была очевидна давно. В первую очередь, такая помощь нужна деткам, родившимся недоношенными и с малым весом. Поэтому наши основные задачи - восстановительное лечение, реабилитация деток с поражением ЦНС и другими проблемами недоношенности.

**- Кто работает сегодня в отделении?**

- Это врачи высокого профессионального уровня. Четыре невролога отделения дополнительно имеют сертификаты врачей-неонатологов, врачей восстановительной медицины и врачей-педиатров. Контингент детей нуждается в том, чтобы были специализации по всем



этим направлениям. Также у нас трудятся врачи восстановительной медицины, физиотерапевт, логопед, инструктор ЛФК.

Требуемое малышам лечение в основном направлено на коррекцию двигательных нарушений, последствий родовых травм, которые характерны для доношенных и крупных детей. Даже после успешных родов могут возникать проблемы в развитии ребенка. Если раньше реабилитацией занимались только с трехмесячного возраста, то с открытием отделения работа начинается практически с рождения. И мы уже имеем возможность проследить состояние наших первых пациентов, поступивших год назад.

Ведущими методами в работе специалистов отделения являются физиолечение, лечебная физкультура, массаж, специально разработанные позиционные укладки. В результате на первом году жизни происходит успешное восстановление двигательной и психической функций. При задержке речевого развития, когда ребенок не стал вовремя гулить, лепетать, с ним занимается логопед отделения, обязательно обучает и маму приемам логопедического массажа, разъяс-



Два братика **Егор и Кирилл Сальниковы** приехали в Центр из Славгорода. Проходят второй курс восстановительного лечения. Его результаты уже заметны для мамы Марии и бабушки Елены Максимовны Буймала, бывшей главной медицинской сестры Благовещенской ЦРБ:

*- Наши мальчики родились раньше срока. В краевом центре охраны материнства и детства прошли полное обследование. И лечащий врач всегда на связи, готов помочь в любое время. Сейчас приехали во второй раз. Получаем массаж и ЛФК, необходимую мануальную терапию. Любовь, ласка и нежность к детям отмечаем во всех действиях медицинских работников. Они помогают мамам, с чем бы те не пришли. Каждый день наблюдаем чудеса: забирают детей на уклады и через минуту многие из них уже спят!*



няет, как правильно следует разговаривать с ребенком, в чем различия развития недоношенного и доношенного ребенка и т.д.

Полное восстановление функций организма ребенка происходит в 90% случаев. В среднем детки проходят до четырех курсов реабилитации в отделении, продолжительность каждого - до 14 дней. Затем дети наблюдаются в кабинете катамнестического наблюдения нашего Центра.

Но, к сожалению, есть случаи, когда мы можем помочь маме только в уходе за ребенком, научить ее необходимым приемам.

**- Сколько деток ежемесячно получают лечение?**

- В среднем - 50-54 ребенка со всего края. В отделении они находятся вместе с мамами. Для каждого ребенка составляется индивидуальный план реабилитационных мероприятий. Уже при поступлении в отделение обязательны осмотры невролога, физиотерапевта, врача ЛФК. При выписке мама обязательно получает подробные рекомендации.

**- Что можно с полным правом считать достижением коллектива за прошедший год?**

- Самый маленький новорожденный, реабилитацией которого мы занимались, имел вес при рождении 490 граммов: он появился на свет в сроке гестации 25 недель, три месяца набирал вес в краевом перинатальном центре «ДАР», потом его перевели к нам. Сейчас



мальчику год. Прошел четыре курса реабилитации. Постепенно приобретались необходимые навыки.

Важно, что наши инструкторы ЛФК ориентированы и на то, чтобы обучить мам правильно проводить занятия с ребенком. Ведь это позволяет продолжить упражнения и после выписки со стационара.

**- Получается, что работа с мамами - важная часть лечебного процесса?**

- Да, добиться взаимопонимания очень важно. Если этого не будет, результат получим совсем другой. С мамами важно вести работу постоянно, говорить о возможных проблемах, способах их преодоления. И тогда они становятся союзниками, помощниками врача. В отделении каждые две недели читаем лекции для мам по

вопросам развития деток, проведения вакцинации, правилам прикорма и т.д.

**- Вакцинация показана таким деткам?**

- Она им просто необходима: таких деток нужно вакцинировать обязательно, потому что они больше подвержены инфекционному воздействию, слабее сверстников. Возможна вакцинация по индивидуальному календарю. К сожалению, видим много необоснованных медотводов от вакцинации, в том числе со стороны неврологов, хотя по соответствующему регламенту, такое решение имеет право принимать только участковый педиатр, в комплексе оценивающий состояние ребенка. На самом деле противопоказаний для прививок очень мало. Главное - не бояться их делать. Однако окончательное решение принимает всегда мама.

**- Год успешно завершен. Что дальше? Какие планы у вас как у руководителя?**

- Есть эффективные действующие методики, которые пока не представлены в нашем отделении. Например, для метода сухой иммерсии необходима специальная кровать, позволяющая ребенку находиться в среде по типу сухого бассейна. Надеемся на получение этого оборудования в ближайшее время - уже сделан заказ. Хотелось бы иметь больше массажистов в отделении, решить проблемы со средним медицинским персоналом...

У нас достаточно забот и направлений развития, роста качества лечения, проводимого деткам. Будем работать и дальше! ☺



# Как стартует подагра



**Ярослава Валерьевна ЯКОВЕЦ,**

врач-уролог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии и андрологии с курсами специализированной хирургии АГМУ

**Другое название подагры - «болезнь королей» - не делает ее привлекательнее для человека, не исключает болезненные проявления, с которыми он сталкивается. Однако у каждой болезни есть свое начало - тот этап развития патологии, когда правильными и своевременными действиями можно скорректировать состояние человека и исключить серьезные последствия для его здоровья.**

Подагра приводит к отложению в суставах, органах и системах организма кристаллов мочевой кислоты. Для того чтобы начался этот процесс, уровень мочевой кислоты в крови должен быть значительно повышен. Это состояние называется гиперурикемией. От момента, когда появляется повышение уровня мочевой кислоты в крови, и до состояния, когда она начнет откладываться в органах, системах и суставах и проявится выраженный болевой синдром, проходит достаточно большой промежуток времени. То есть болезнь необходимо выявить и пролечить на ранних этапах.

**Повышение уровня мочевой кислоты в крови может являться симптомом многих заболеваний.** Одно из самых грозных в этом ряду - хроническая болезнь почек (ХБП). Это состояние, обусловленное наличием метаболического синдрома (комплекса изменений, связанных с нарушением обмена веществ). Предположить его с большой вероятностью можно у человека, имеющего повышенную массу тела. Но оценка деятельности организма человека индивидуальна и должна учитывать много факторов. Например, и у человека без избыточной массы тела или даже с небольшим ее дефицитом также можно диагностировать метаболический синдром. **В понятие «метаболический синдром» входит много факторов:** повышение уровней мочевой кислоты и холестерина, нарушение соотношения между «хорошими» и «плохими» холестерины («хороший» холестерин - липопротеиды высокой плотности, «плохой» - низкой и очень низкой плотности), снижение уровня тестостерона у мужчин и скорости клубочковой фильтрации (фиксирует количество крови, профильтровавшейся через почки в единицу времени), повышение уровня креатинина в сыворотке крови. Как видим, эти параметры к весу не привязаны. В то же время масса тела является провоцирующим фактором, приводящим к

тому, чтобы появились отклонения по указанным выше параметрам. Но, повторю, можно быть достаточно рыхлым, иметь индекс массы тела больше 30, но при этом не иметь изменений по анализам крови. Такой человек должен понимать, что это благополучие - мнимое, необходимо заняться своей внутренней системой.

С другой стороны, есть и такие примеры в практике врача, когда человек с избыточной массой тела садится на диету, использует дробное питание, меняет свой образ жизни, добивается желаемого результата, но при этом анализы крови говорят о нездоровье. Наблюдают такого пациента: он систематизировал питание, значительно похудел, но о рождении второго ребенка в семье только мечтают - сперматозоиды потеряли активность. Каждый организм индивидуален. **Поэтому значение индекса массы тела не является абсолютным показателем, позволяющим однозначно говорить о плохом прогнозе здоровья. А вот изменения в показателях крови - это как раз те параметры, которые сигнализируют, что организму нужна помощь.**

Говоря о мужском здоровье, можно пояснить следующее. **До 35 лет** выработка тестостерона идет по нарастающей, к этому возрасту у мужчины устанавливается так называемое **«плато выработки тестостерона»** - его уровень стабилен. Если в этот период человек испытывает значительные психологические и физические нагрузки, много работает, не справляется с синдромом усталости, часто отправляется в командировки, совершает авиaperелеты (это мощная сосудистая нагрузка), - организму восстанавливаться всё труднее. И это приводит к так называемому **сосудистому стрессу** - организм начинает потихоньку «срываться, сходить» с нормального функционирования. В частности, снижается уровень тестостерона в сыворотке крови. И в мужском организме включается много патологических кругов. Тестостерон не случайно называют «королем гормонов»: за счет него



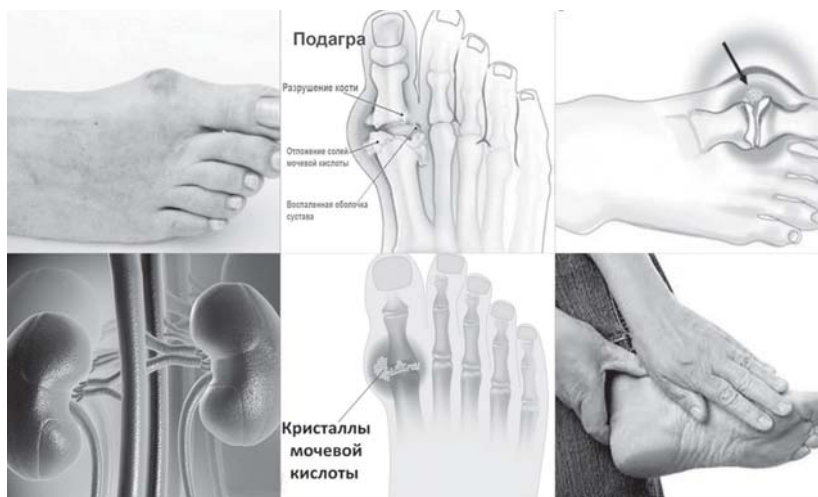


мужчина является мужчиной. Когда этот гормон начинает сдавать позиции, присутствующие женские гормоны начинают превалировать сначала относительно - не критично, но при развитии процесса ситуация изменяется.

Философия мужской жизни интересна и в том, что **гормон тестостерон образуется на основе молекулы «хорошего» холестерина под воздействием двух женских гормонов** - фолликулостимулирующий (ФСГ) и лютеинизирующий (ЛГ) гормоны. Но в результате развития сосудистого стресса соотношение между этими двумя гормонами тоже меняется, да и уровень «плохого» холестерина растет... Мужчина начинает сдавать свои позиции. Также у него отмечается и снижение скорости клубочковой фильтрации, и повышение уровня креатинина в сыворотке крови. Далее - меняется уровень мочевой кислоты. Патологический механизм запущен.

Как правило, если мужчина обращается к врачу, ему назначают аллопуринол, протиподагрический препарат, снижающий уровень мочевой кислоты в крови. Препарат принимается длительное время - обменный процесс быстро не приходит в норму. Поскольку снижение уровня мочевой кислоты - это устранение следствия процессов в организме, печень испытывает большую нагрузку, а она входит в группу органов, отвечающих за внутренний гормональный фон. Таким образом получается, что, борясь со следствием, мы не даем организму восстановиться!

Поэтому действия врача должны быть другими: **при повышении уровня мочевой кислоты в сыворотке крови у пациента нужно провести комплексное обследование** - консультация врача-нефролога, контроль уровня креатинина в сыворотке крови, скорости клубочковой фильтрации. Одним из первых проявлений того, что организм испытывает сосудистый стресс и формируется метаболический синдром, является именно снижение скорости клубочковой фильтрации. В норме она составляет 60-90мл в минуту, при уровне 95-101мл уже говорим о гиперфильтрации, начале формирования метаболического синдрома. Следующий шаг - определить уровень тестостерона, уровень женских гормонов



ЛГ и ФСГ, а также кортизола (гормона стресса, который также влияет на обмен тестостерона).

Данные обследования позволяют врачу подобрать пациенту необходимую терапию, чтобы привести в порядок его внутренние обменные процессы. При снижении уровня тестостерона проводится терапия, стимулирующая его выработку (это не заместительная гормональная терапия!). Подчеркну, что **если патологические процессы уже запущены в организме, то они будут развиваться и дальше. И от того, снижаем или нет уровень мочевой кислоты, они не зависят.** Прием препарата аллопуринола сегодня расценивается как ненужная нагрузка на организм.

В арсенале современного врача есть препараты, улучшающие кровотоки, помогающие снять сосудистый стресс. В частности, нужно использовать **препараты, снижающие микроальбуминурию**, ведь повышение уровня белка микроальбумина в моче является проявлением сосудистого стресса. Через этот параметр можно контролировать или полностью снять патологическое состояние. Пациенту выписывается препарат из группы сартанов (блокаторы рецепторов ангиотензина): применяя их, мы контролируем снятие патологического состояния, приведения к норме метаболических процессов. Восстанавливаются кровотоки и собственная выработка тестостерона, обмен мочевой кислоты и холестерина. Таким образом, «с тыла» решаются имеющиеся проблемы. И об этом говорит нормализация показателей анализов крови. ☺

**Одним из первых проявлений того, что организм испытывает сосудистый стресс и формируется метаболический синдром, является именно снижение скорости клубочковой фильтрации. В норме она составляет 60-90мл в минуту, при уровне 95-101мл уже говорим о гиперфильтрации, начале формирования метаболического синдрома.**



# Логомассаж при дизартрии у детей



**Елена Геннадьевна САФОНОВА,**  
учитель-логопед,  
КГБУ «Алтайский краевой  
центр психолого-  
педагогической и медико-  
социальной помощи»

**Проблема коррекционно-логопедической помощи детям с неврологической патологией в настоящее время является достаточно актуальной. Логопедический массаж эффективно используется в коррекционной работе с детьми с дизартрией и является одним из условий эффективности логопедического воздействия.**

**Дизартрия** (речедвигательное расстройство) - **нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры.** Дизартрия является следствием органического поражения центральной нервной системы, при котором расстраивается двигательный механизм речи, нарушаются звукопроизносительная сторона речи, просодика (система фонетических средств), речевое дыхание, разборчивость речи. Легкие степени дизартрии (стертые) встречаются часто у детей с общим недоразвитием речи (ОНР) - у 50-80%, у 30-40% детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН).

**Логопедический массаж - это логопедическая технология, активный метод механического воздействия,** который *нормализует тонус мышц, нервов, кровеносных сосудов и тканей периферического речевого аппарата.* Изменяя состояние мышц речевого аппарата, массаж способствует улучшению произносительной стороны речи.

Массаж может проводиться на всех этапах коррекционно-логопедического воздействия, но особенно важно его использование на начальных этапах работы, когда у ребенка еще нет возможности выполнять определенные артикуляционные движения.

**Наиболее эффективными являются следующие виды логопедического массажа:**

◆ *классический ручной* - дифференцированный (укрепляющий или расслабляющий) массаж;

◆ *зондовый массаж* - с применением специальных массажных зондов.

Логопедический массаж применяется для нормализации тонуса мышц артикуляционного аппарата, активирования группы мышц периферического речевого аппарата, в которых была недостаточная сократительная способ-

ность (или включение в процесс произнесения звуков новых групп мышц, до этого бездействующих), а также для подготовки условий к формированию произвольных, координированных движений органов артикуляции.

Логопедический массаж способствует уменьшению гиперсаливации (повышенного слюноотделения), укреплению глоточного рефлекса.

**Логопедический массаж выполняется в области мышц головы, шеи, а также верхнего плечевого пояса.** Особое внимание должно уделяться мышцам периферического речевого аппарата, к которым относятся прежде всего мышцы языка и губ, а также щёк и мягкого нёба. Именно эти мышцы обеспечивают речепроизводство.

Логопедический массаж целесообразно применять только по рекомендации врача-невролога, который проводит медицинскую диагностику. Медицинское заключение должно содержать указание на наличие неврологической симптоматики в артикуляционной мускулатуре, а также форму и степень проявления неврологического синдрома (спастический парез, гиперкинетический, атактический, спастико-ригидный). Но даже при медицинском заключении невропатолога логопед самостоятельно проводит обследование состояния мышечного тонуса и строения органов артикуляции ребенка.

Часто у детей с неврологической патологией отмечается смешанный вариативный характер нарушений мышечного тонуса: в одних группах мышц может отмечаться спастичность, а в других - гипотония. В связи с этим в одних случаях будет необходим расслабляющий массаж, а в других - стимулирующий.

**Противопоказаниями для проведения логопедического массажа являются:** стоматит, конъюнктивит, гнойничковые и грибковые заболевания



кожи у ребенка, гематомы на массируемом участке тела, активная форма туберкулеза, болезни крови и капилляров, тромбоз сосудов, острая крапивница, отек Квинке в анамнезе, онкологические заболевания, фурункулез, инфекционные раны, ОРВИ, эпилепсия, гиперчувствительность.

Если ребенок недавно перенес ангину, в этом случае логопедический массаж противопоказан после полного выздоровления еще на протяжении 10 дней.

**Обычно массаж рекомендуется проводить циклами по 10-15-20 сеансов**, желательно каждый день или через день. После перерыва на 1-2 месяца цикл можно повторить. Длительность одной процедуры зависит от возраста ребенка и тяжести его речевого нарушения, индивидуальных особенностей. Начальная длительность первых сеансов составляет от 1-2 до 5-6 минут, а конечная - от 15 до 20 минут. В раннем возрасте массаж не должен превышать 10 минут, в младшем дошкольном - 15 минут, в старшем дошкольном и школьном возрасте - 25 минут. Массаж целесообразно проводить не раньше, чем через 2 часа после последнего приема пищи.

Большинство детей достаточно быстро привыкают к процедуре массажа, неприятные ощущения при этом постепенно проходят. Во время массажа используются различные отвлекающие средства: пение песенки, чтение сказки или стихотворения.

Логопедический массаж оказывает общее положительное воздействие на организм в целом, вызывая благоприятные изменения в мышечной системе. Под влиянием массажа повышается эластичность мышечных волокон, работоспособность мышц.

Применение логопедического массажа улучшает функции движения органов артикуляции и нормализует мышечный тонус в периферическом отделе речевого аппарата, речь ребенка становится более четкой, внятной, оформленной.

**Нередко массаж является необходимым условием эффективности логопедического воздействия. Особенно показана это процедура детям с неврологической патологией, которые с наибольшим трудом поддаются коррекции педагогическими методами.** ☺



# Быть здоровым становится модно!

**Направленность на предупреждение заболеваний и стабилизацию состояния тех, у кого уже диагностировано хроническое заболевание, - одна из стратегий современной медицины.**

Однако популярность прохождения диспансеризации, анкетирования сформировалась не сразу - для этого потребовалось время и осознание пациентами возможности сохранить здоровье на многие годы.

О работе отделения профилактики поликлинического отделения КГБУЗ «Городская больница №12, г.Барнаул» наш разговор с его заведующей **Еленой Васильевной КРУГ**.

**- Елена Васильевна, могу предположить, что одной из основных задач отделения является проведение диспансеризации населения. Так ли это?**

- Не только. Мы занимаемся просветительской работой с населением, регулярно приглашаем наших пациентов на лекции о здоровом образе жизни, разъясняем пагубность вредных привычек. Занимаемся анкетированием населения, которое направлено на выявление факторов риска развития неинфекционных, в том числе и онкологических, заболеваний. Активно приглашаем граждан пройти диспансеризацию, профосмотры. Регулярно участвуем в проведении Дня здоровья. Для наших пациентов проводим школы здоровья сахарного диабета, гипертензии, бронхиальной астмы.

Еще одно направление работы - разъяснение о важности своевременной вакцинации, о правилах ее выполнения.

Одним из показателей нашей работы можно считать рост популярности прохождения диспансеризации. Многие из тех, кто прошел ее три года назад, приходят на очередное обследование, сравнивают результаты. Если все данные рекомендации врача выполнялись, во многих случаях здоровье удалось сохранить на прежнем уровне, не допустить развития хронизации заболевания.

**- Достаточно трудно заинтересовать человека участием в анкетировании, если он пришел в поликлинику «по необходимости»?**

- Если человек пришел с острой ситуацией, он обращается в регистратуру и ему оказывается необходимая либо неотложная помощь, проводится консультация терапевта. Именно врач-терапевт является первым звеном, принимающим пациента. У нас работает кабинет доврачебного приема и неотложной помощи. Уже на начальном этапе происхо-



◀ дит разделение потока пациентов. Далее назначается и проводится обследование, при необходимости пациент направляется к узкому специалисту. В нашем поликлиническом отделении ведут прием оториноларинголог, эндокринолог, ревматолог, инфекционист, кардиолог, онколог, физиотерапевт, невролог, окулист, травматолог, работает отделение функциональной диагностики, чем могут похвалиться не все наши коллеги по поликлиническому звену. В то же время проблема с кадрами коснулась и нашего учреждения.

Укомплектованность поликлиники узкими специалистами - результат большой работы на протяжении многих лет. Поэтому работать у нас легко. Пришел тяжелый пациент - консультация узкого специалиста проводится оперативно, при необходимости смотрим пациента коллегиально. Конечно, нагрузка на врачей всех специальностей большая, причем, это не зависит от времени года. А вот когда человек приходит на вакцинацию, либо хочет пройти диспансеризацию, с ним начинается работа специалистов нашего отделения: проводим анкетирование, обследование и индивидуальное консультирование. Как правило, пациент максимально честно отвечает на вопросы анкеты, хотя там есть и сугубо личные. По результатам анкетирования выводится оценка системы питания человека, его наследственной предрасположенности к определенным заболеваниям, выявляются его вредные привычки. Составляем дальнейший план

действий: нужно ли дообследоваться, к каким специалистам направить и т.д. Так формируется индивидуальная стратегия профилактики заболеваний.

Пациента при высоком и очень высоком риске развития заболеваний, выявленном при обследовании, приглашается на второй визит с результатами назначенных анализов и обследований. Для врача отделения профилактики важно убедить человека изменить образ жизни, отказаться от вредных привычек и таким образом значительно изменить прогноз своего здоровья.

**- Что можно считать очевидным результатом вашей работы?**

- Мы не первый год проводим диспансеризацию и видим, что через три года, как положено по нормативам, этот же пациент приходит более компенсированным по основному своему заболеванию. Прислушался к нашим рекомендациям, правильно принимал препараты, смог наладить режим питания и физической активности - и результат очевиден. Всё чаще наши пациенты, не дожидаясь приглашения, приходят сами на повторную диспансеризацию через три года, потому что видят конкретные результаты и пользу для своего здоровья.

**- Можно говорить о том, что диспансеризация становится более популярной?**

- Да, у нас есть возможности обеспечить ее в полном объеме. Другая причина - к своему здоровью люди стали относиться вни-

мательнее. Всё больше сограждан осознанно придерживаются здорового образа жизни. Не пустует «Лыжня здоровья», на улицах часто можно встретить людей, занимающихся скандинавской ходьбой, заполнены фитнес-центры. По-другому люди стали оценивать себя и свои возможности.

**- Как организована работа, если пациент поставлен на диспансерный учет?**

- Диспансерные группы формируются по конкретным заболеваниям: ишемическая болезнь сердца, гипертония, сахарный диабет, цереброваскулярное заболевание и т.д. Пациенту назначается периодичность явки на прием. Как правило, мы отмечаем высокую ответственность со стороны пациентов по выполнению назначений и рекомендаций.

**- Ваш немалый опыт в медицине позволяет судить, как меняется профилактическое направление в медицине...**

- Сегодня не только созданы отделения профилактики в поликлинических отделениях больниц, но и регулярно проводятся конференции, обучающие семинары, способствующие росту профессионального уровня специалистов, работающих в этой области медицины. Организован обмен опытом, часто мы встречаемся с коллегами на мастер-классах. Подчеркну, что мы, в отличие от терапевтов или узких специалистов, имеем большую возможность обсудить с пациентом его образ жизни, поговорить о факторах риска развития заболеваний, дать конкретные рекомендации. При этом отделения профилактики имеют небольшие коллективы. В нашем, например, работают два врача, три медсестры, акушерка и медицинская сестра доврачебного кабинета, инструктор санпросветработы. Все имеют большой стаж работы, высокий уровень квалификации.

**- Есть у вас мечта как у руководителя отделения?**

- У нас есть всё, необходимое для результативной работы: хорошая техническая оснащенность, оборудованная лаборатория и узкие специалисты в штате. Так что мечтать можно об одном - заинтересованном отношении каждого пациента к сохранению своего здоровья. ☺





8

### Право на жизнь без боли



16

### Бесплодный брак: почему и что делать?



19

### Психология старения: Жизнь на пенсии



25

### Если болит спина



38

### Как стартует подагра

На обложке: Виктор Михайлович ПАВЛИШИНЕЦ, главный внештатный специалист по паллиативной помощи министерства здравоохранения Алтайского края, врач-онколог, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер».

И.П. Салдан: «Мы улучшаем уровень оказания медицинской помощи населению» ..... 1-7

В.М. Павлишинец.  
Право на жизнь без боли ..... 8-11

Круг разобщения ..... 12-13

ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+  
Сколько возможно ждать ..... 14

Новости здравоохранения России ..... 15

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА  
О.Г. Антипова, И.Ю. Панькина.  
Бесплодный брак: почему и что делать? ..... 16-18

ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+  
А.В. Лобанова.  
Психология старения. Жизнь на пенсии ..... 19-20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ  
Е.Г. Яшкина. Вакуумный забор крови: безопасно и современно ..... 21-22  
О.В. Сивых. Что мы знаем о туберкулезе? ..... 23-24

Е.А. Рыбак. Если болит спина... ..... 25-27

СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ  
А.А. Ефремушкина. Особенности течения ишемии у женщин в постменопаузе ..... 28-30

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!  
Ю.В. Тен. Шаг к здоровью ..... 31

Свинью за стол ..... 32-33

Если не хочется крутить педали ..... 34

Новости здравоохранения мира ..... 35

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!  
Е.В. Ивченко.  
Мальши спешат на процедуры 36-37

ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+  
Я.В. Яковец. Как стартует подагра ..... 38-39

ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА  
Е.Г. Сафонова.  
Логомассаж при дизартрии у детей ..... 40-41

ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+  
Е.В. Круг. Быть здоровым становится модно! ..... 41-42

Новости здравоохранения мира ..... 43





## Уважаемые читатели!

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

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

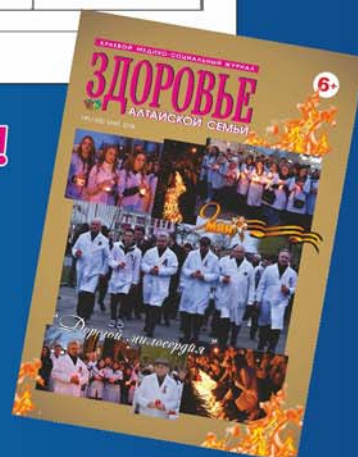
Подарите журнал «Здоровье алтайской семьи» своим родителям, взрослым детям, оформите подписку для вашей собственной семьи, для вашей фирмы.

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

| ИЗВЕЩЕНИЕ   | <p><b>Внимание!!! Обязательно заполнить (указав полный адрес) строку получателя корреспонденции.</b></p> <p>Наименование получателя платежа: ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск»</p> <p>ИНН: <u>ИНН 2263020152 КПП 220801001</u></p> <p>Номер счета получателя платежа: <u>40702810600020000162</u></p> <p>Наименование банка: <u>ООО КБ «Алтайкапиталбанк» г.Барнаул</u></p> <p>БИК: <u>040173771 Кор.счет: 30101810900000000771</u></p> <p>ОКПО: <u>52090627 ОГРН: 1022202409426</u></p> <p>Наименование платежа: <u>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2019 г. №7-12</u></p> <p>Плательщик (Ф.И.О.): _____</p> <p>Наименование фирмы, контактный телефон _____</p> <p>Адрес получателя корреспонденции _____</p> <p>Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____</p> <p>улица, дом, квартира (офис) _____</p> <p>Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p> |                    |       |                |   |        |
|---|---|--------------------|-------|----------------|---|--------|
|   | <table border="1"><thead><tr><th>Назначение платежа</th><th>Сумма</th><th>Итого к уплате</th></tr></thead><tbody><tr><td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №7-12</td><td>555-00</td><td>555-00</td></tr></tbody></table> <p>Плательщик (подпись) _____ Дата _____</p> <p><b>Подписной индекс - 31039</b></p>  | Назначение платежа | Сумма | Итого к уплате | Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №7-12 | 555-00 |
| Назначение платежа  | Сумма   | Итого к уплате     |       |                |   |        |
| Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №7-12 | 555-00  | 555-00             |       |                |   |        |
| КВИТАНЦИЯ   | <p>Наименование получателя платежа: ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск»</p> <p>ИНН: <u>ИНН 2263020152 КПП 220801001</u></p> <p>Номер счета получателя платежа: <u>40702810600020000162</u></p> <p>Наименование банка: <u>ООО КБ «Алтайкапиталбанк» г.Барнаул</u></p> <p>БИК: <u>040173771 Кор.счет: 30101810900000000771</u></p> <p>ОКПО: <u>52090627 ОГРН: 1022202409426</u></p> <p>Наименование платежа: <u>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» на 2019 г. №7-12</u></p> <p>Плательщик (Ф.И.О.): _____</p> <p>Наименование фирмы, контактный телефон _____</p> <p>Адрес получателя корреспонденции _____</p> <p>Почтовый индекс, город (район, название поселка), _____</p> <p>улица, дом, квартира (офис) _____</p> <p>Наименование фирмы (ФИО) получателя, контактное лицо, телефон _____</p>  |                    |       |                |   |        |
|   | <table border="1"><thead><tr><th>Назначение платежа</th><th>Сумма</th><th>Итого к уплате</th></tr></thead><tbody><tr><td>Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №7-12</td><td>555-00</td><td>555-00</td></tr></tbody></table> <p>Плательщик (подпись) _____ Дата _____</p> <p><b>Подписной индекс - 31039</b></p>  | Назначение платежа | Сумма | Итого к уплате | Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №7-12 | 555-00 |
| Назначение платежа  | Сумма   | Итого к уплате     |       |                |   |        |
| Подписка на журнал «Здоровье алтайской семьи» 2019 год, №7-12 | 555-00  | 555-00             |       |                |   |        |

Здоровья - каждой алтайской семье!

Подписной индекс - 31039



# БЕРЕГИТЕ БЛИЗКИХ ОТ ИНСУЛЬТА

Запомните простой тест, который поможет распознать инсульт и вовремя вызвать скорую

НЕ МОЖЕТ УЛЫБНУТЬСЯ.  
УГОЛОК РТА ОПУЩЕН.



ОДНА РУКА ОСЛАБЛА.  
НЕ МОЖЕТ ПОДНЯТЬ  
ОБЕ РУКИ.

НЕ МОЖЕТ РАЗБОРЧИВО  
ПРОИЗНЕСТИ СВОЕ ИМЯ.

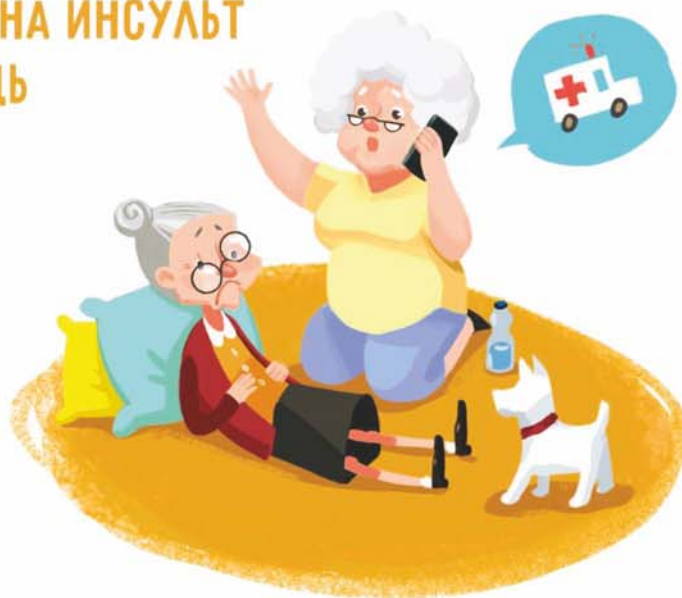


У ВРАЧА ЕСТЬ ТОЛЬКО  
4,5 ЧАСА ЧТОБЫ СПАСТИ  
ЖИЗНЬ БОЛЬНОГО.

## ПРИ ПЕРВЫХ ПОДОЗРЕНИЯХ НА ИНСУЛЬТ ВЫЗЫВАЙТЕ СКОРУЮ ПОМОЩЬ

### ДО ПРИЕЗДА СКОРОЙ

- Уложите больного на горизонтальную поверхность.
- Расстегните одежду, выньте зубные протезы.
- Обеспечьте приток свежего воздуха.



## УЗНАЙ ВСЕ ОБ ИНСУЛЬТЕ НА ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ 8-800-707-52-29

**ОРБИ** ФОНД  
ПО БОРЬБЕ  
С ИНСУЛЬТОМ



Федеральный  
социально-образовательный  
проект  
**СТОП-ИНСУЛЬТ**

сервис для добрых дел

**ДОБРО** mail.ru

dobro.mail.ru