

6+

# ЗДОРОВЬЕ

## АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№7 (247) ИЮЛЬ 2024



**С Днем семьи, любви и верности!**





### С Днем семьи, любви и верности!



Сверила свои ощущения с друзьями и знакомыми: праздник День семьи, любви и верности, связанный с православными святыми Петром и Февронией, который мы впервые отметили в 2008 году, как-то органично вошел в нашу светскую жизнь. И его символ ромашка, с детства любимый цветок, - к душе!

Замечаю, что и сама всё чаще расспрашиваю знакомых, коллег об истории их семей. Такие интересные судьбы, такие непростые и порой даже драматичные семейные истории. Люди собирают по крупицам утерянное, находят старые фото, поднимают архивы... Семья становится главной ценностью для людей! Семья - наша сила, а если есть «червивые росточки», - то и наша слабость, уязвимое место.

Думаю, нашему поколению отчаянно повезло. Наши родители - дети войны, дети с особым жизненным опытом, колоссальной жаждой жизни и умением видеть в ней позитив. Это поколение, устремленное в будущее, верящее, что нет таких крепостей, преград, которые им не по плечу. Действительно: их достижения в науке, в восстановлении и послевоенной реиндустриализации страны, в культуре, в социальной политике - нам, даже имея современные технологии, трудно пока превзойти. Мы всё еще «проедаем» то, что создали наши родители и деды...

Может, сейчас немного очнулись от «дурмана сытой жизни», поинтереснее взглянули на то, что же с нами происходит! Чаще слышу трезвые разумные речи, переосмысление собственных взглядов на семью, воспитание детей, свою роль в семье... Конечно, еще присутствуют в нашей жизни и банальный эгоизм, внутренние установки «пожить для себя», заняться «саморазвитием», игнорируя свою дочернюю, сыновью и родительскую ответственность и перед старшим поколением, и перед своими детьми... Но всё больше людей говорят и, главное, реально делают для сохранения духа, стержня своей семьи. Пересматривают свое отношение к воспитанию детей, внуков. Нетерпимее относятся к всякого рода искажениям сути и смысла семейной жизни, а тем более предательству, обману.

Участники СВО по возрасту наши дети. То есть наши дети и уже внуки берут на себя ответственность за целостность нашей Родины, за ее будущее и ее развитие!..

Всё больше не устраивает нас бездушная бюрократия и демагогия в решении любых вопросов, всё больше на повестке - тема социальной справедливости и реального патриотизма. Мы в состоянии отличить реальные политические решения от популистских предложений, например, объявить 8 июля в России очередным выходным днем.

И мне нравятся такие перемены!

С первого номера нашего журнала мы говорили о важности семьи, демографической политики, патриотического воспитания! «Семья - как национальная идея!» - так мы определяли одну из главных целей в своей общественной работе еще в 2003 году.

Мы все на верном пути! С Днем семьи, любви и верности вас, уважаемые коллеги, читатели нашего журнала! Мир и радость в ваши семьи!





**За традиционные семейные ценности**



**Задержка полового развития у девочек**



**Как не отравиться пестицидами**



**О питании онкобольных во время лечения**



**Старческая астения: заболевание или синдром?**

На обложке: О.С. Семергеева, заведующая эндокринологическим отделением КГБУЗ «Городская больница №2, г.Рубцовск», с семьей.

Золотые юбиляры семейной жизни .....	2
За традиционные семейные ценности .....	3
<b>МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ - НАША ГОРДОСТЬ!</b>	
Доктор Семергеева: о рабочих планах и семье .....	4-5
Как уберечься от активного солнца .....	6-7
Новости медицины России .....	8
<b>ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!</b>	
О.В. Булганина. Задержка полового развития у девочек .....	9-11
Когда врачебная тайна становится не тайной .....	12
Подсчитают вред от работы .....	13
<b>ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА</b>	
Ю.А. Дударева, А.О. Сафонова.	
Йодный дефицит при беременности .....	14-16
Поздравляем с высокой оценкой труда! .....	16
Просроченные лекарства принимать нельзя .....	17
Как не отравиться пестицидами .....	18-19
Новости здравоохранения России .....	20
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ</b>	
Е.С. Рякишева. Женское здоровье берегите смолоду .....	21-24
За что могут закрыть детский лагерь .....	25
<b>ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!</b>	
Н.В. Сушкова. О питании онкобольных во время лечения .....	26-27
<b>ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ - ШКОЛЫ ПРОФИЛАКТИКИ</b>	
И.В. Осипова, Т.А. Старцева. Как не навредить семье при консервировании овощей .....	28-29
Азбука дачной безопасности .....	30-31
«Лучший инфекционист - 2024» Алтайского края: работать с вдохновением .....	32-34
Психотерапевт в тарелке .....	34
<b>ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+</b>	
Н.Г. Целюк. Старческая астения: заболевание или синдром? .....	35-40
Босиком - без проблем! .....	40-42
Семь советов для бодрости и энергии .....	43
<b>ДЕМИДОВСКИЙ ВЕСТНИК, ИЮЛЬ 2024 ГОДА</b>	
Человек и целый мир .....	44



# Доктор Семергеева: о рабочих планах и семье

**Заведующая эндокринологическим отделением  
городской больницы №2 города Рубцовска,  
врач-эндокринолог высшей квалификационной  
категории Ольга Сергеевна СЕМЕРГЕЕВА  
в 2024 году стала лауреатом второй степени  
регионального этапа Всероссийского конкурса врачей  
в номинации «Лучший эндокринолог».**

Молодой, перспективный, увлеченный врач в полной мере заслуживает это звание. Ведь талантливый человек талантлив во всем.

Небольшие заметки про доктора от первого лица.

- Родилась в селе Малая Шелковка Егорьевского района Алтайского края. В детстве хотела стать учителем, но в 15 лет поняла, что хочу быть врачом - во что бы то ни стало! Родители меня поддержали.

Я не стала расплыться и тратить силы, подала документы только в один вуз и сразу поступила. И в 2009 году окончила лечебный факультет Алтайского государственного медицинского университета. Еще во время обучения не могла определиться - какую же выбрать специализацию. Но мне посчастливилось посетить конференцию по эндокринологии. И я поняла, что так сильно меня больше ничто не заинтересует. К тому же на той конференции выступала с докладом замечательный и увлеченный своей профессией врач - **Нина Васильевна Леонова** (заслуженный врач РФ, в то время - главный эндокринолог Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности Алтайского края, - прим.ред.), которая рассказывала об эндокринологических заболеваниях с таким заразительным интере-

сом, что я не смогла остаться равнодушной.

И о своем сделанном выборе я после ни разу не пожалела.

После окончания университета сначала прошла интернатуру по специальности «Терапия» на базе ГОУ ВПО АГМУ, после поступила в ординатуру по специальности «Эндокринология».

Три года, с 2012 по 2015 год, работала в центральной районной больнице села Родино врачом-эндокринологом и врачом-терапевтом.

С 2015 года заведуя эндокринологическим отделением и работаю врачом-эндокринологом в эндокринологическом отделении КГБУЗ «Городская больница №2, город Рубцовск».

Всегда стараюсь шагать в ногу со временем, не отставать от новых направлений в диагностике и лечении эндокринных заболеваний. Так, с 2016 года в нашем отделении внедрено **с точное мониторирование уровня глюкозы**, что в трудных случаях позволяет подобрать необходимую терапию, увидеть скрытые гипогликемии и, скорректировав лечение, уменьшить вариабельность уровня гликемии в течение суток. Известно, что высокая вариабельность и гипогликемии приводит к развитию у пациента сердечно-сосудистых и других осложнений, что зачастую не учитывается. Проводить достаточный объем



мониторирования в существующих условиях не представляется возможным из-за высокой стоимости сенсоров, что, на мой взгляд, возможно решить при введении в тариф дополнительной оплаты стоимости пролеченного больного при проведении мониторинга. **В современных условиях было бы наиболее правильным проведение суточного мониторирования всем пациентам с сахарным диабетом, поступающим в эндокринологическое отделение.**

Также в отделении стационара пациентам проводится **помповая инсулинотерапия**. Причем, с 2018 года в эндокринологическом отделении **проводится установка инсулиновых помп** в рамках высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

При анализе работы отделения за три года, видно, что произошло увеличение количества пролеченных больных, отмечается увеличение количества про-



леченных сельских жителей, что достигается тесной работой с районами. В структуре больных отделения наибольший удельный вес приходится на сахарный диабет (99,5%). Поэтому **регулярно работает школа диабетиков**, где обучаются больные с первым и вторым типом сахарного диабета, а также их родственники. Проводятся различные виды обучения: групповые по 5-6 человек и индивидуальные.

...Я любознательный человек, мне всегда нравится учиться и познавать что-то новое. И я стараюсь постоянно пополнять и обновлять свой багаж знаний.

В 2016 и 2018 годах мне посчастливилось побывать на курсах EASD во Владивостоке и Санкт-Петербурге. В 2016 году приняла участие во Всероссийском конгрессе эндокринологов, а в 2017 году в Москве - на XX европейских курсах по клинической эндокринологии. Чтобы узнавать о новых методах в медицине, стараюсь постоянно смотреть видеолекции и трансляции конгрессов в онлайн-режиме, тем более, что сейчас это стало очень доступно.

Такой формат мне удобен еще и тем, что я не только врач, но и мама. У меня растут две замечательные дочки - пятилетняя Юля и трехлетняя Аня. Учитывая их возраст, мне достаточно сложно уезжать куда-то надолго. С супругом мы познакомились в университете, он тоже врач. Всё свободное время я стараюсь посвящать своей семье. Старшая дочь принимает участие в различных конкурсах: в этом году она заняла первое место в общероссийском конкурсе чтецов «Радуга талантов» в номинации «Стихи о ВОв», первое место - в конкурсе рисунков Алтайской краевой организации профсоюзов медицинских работников РФ. Вместе с Юлей мы приняли участие в городском конкурсе «Дочки - матери» в категории «Мелодекламация» и заняли первое место.



Но вернемся к работе... Это другая часть моей жизни, которая меня также очень вдохновляет. У меня много планов по улучшению и развитию эндокринологической службы Рубцовского округа. Например, - *открытие коек диабетической стопы на базе отделения*, где помощь будут получать пациенты с трофическими язвами, диабетической остеоартропатией - стопой Шарко. Планируется, что этот вид помощи будет оказывать специализированная бригада врачей, включая эндокринолога и хирурга. Для реализации этой идеи необходимо принять в штат отделения хирурга, обучить докторов, закупить оборудование. Эта задумка была озвучена мною еще в 2020 году - в краевом медико-социальном журнале «Здоровье алтайской семьи» (№4 (208) 2020 год). Надеюсь, что в ближайшие годы удастся ее реализовать, хоть и есть свои сложности.

Также *планирую продолжить и увеличить объем работы с суточным мониторингом глюкозы. Продолжить оказание высокотехнологичной медицинской помощи* в эндокринологическом отделении

больницы. *Начать работу по консультации районов, используя телемедицинские технологии. Внедрить онлайн-консультации пациентов*, которые находятся на помповой инсулинотерапии с суточным мониторингом гликемии по вопросам изменения настроек помпы, коррекции доз. *Продолжить взаимодействие с районами Рубцовского округа по преемственности лечения больных. Создать на базе отделения школу для пациентов «Ожирение»*, продолжить работу школ сахарного диабета 1 и 2 типа и помповой инсулинотерапии. Также в планах *начать совместную работу с врачом-сомнологом* в области нарушения дыхания во сне у пациентов с эндокринной патологией и метаболическими нарушениями.

Как сказал Леонардо да Винчи, «если запастись терпением и проявить старание, то посеянные семена знания непременно дадут добрые всходы. Ученья корень горек, да плод сладок».

Вчера - мечта, сегодня - цель, завтра - реальность. ☺

**Фото из архива семьи Семергеевых**





# Задержка полового развития у девочек

**Половое развитие объединяет биохимические, физические и эмоциональные изменения, в результате которых формируется телосложение взрослого человека и полноценная половая зрелость. Начало полового развития следует за многолетним периодом биохимического покоя системы «гипоталамус - гипофиз - яичники».**

Половое развитие девочки начинается тогда, когда лептин инициирует выработку ксипептина, что приводит к появлению пульсирующей секреции гонадопин-релизинг-гормона (ГнРГ). И усиление пульсации ГнРГ стимулирует переднюю долю гипофиза с повышением уровней фолликулостимулирующего гормона и лютеинизирующего гормона, которые, в свою очередь, активируют яичники с повышением выработки гормона эстрадиола.

## Что такое темп и сроки полового развития

На процесс полового развития могут влиять различные факторы. К ним относятся:

- ▶ генетическое разнообразие,
- ▶ врожденные или приобретенные нарушения строения головного мозга,
- ▶ врожденные или приобретенные нарушения строения и фолликулогенеза яичников,
- ▶ питание,
- ▶ стресс,
- ▶ хронические заболевания.

Термин **«сроки полового развития»** конкретно обозначает **возраст**, когда происходят характерные события, являющиеся его маркером: *телархе* (рост молочных желез) и *менархе* (первая менструация).

Термин **«темпы полового развития»** относится к **временной последовательности** следующих **событий**: повышение уровня дегидроэпиандростерона сульфата и андростендиона, которые продуцируются надпочечниками,

затем - повышения выработки эстрадиола в яичниках, за которыми чаще всего следует телархе, и, наконец, менархе, достижение значений роста взрослого человека и половая зрелость.

**Задержка полового развития (ЗПР) - это отсутствие телархе у девочки к 13 годам или менархе к 15 годам жизни** (при отсутствии или недоразвитии вторичных половых признаков).

## Формы задержки полового развития

Выделяют *три формы* задержки полового развития:

- конституциональная,
- гипогонадотропный гипогонадизм,
- гипергонадотропный гипогонадизм.

### КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ФОРМА

Наиболее распространенной формой задержки полового развития является конституциональная задержка роста и полового развития, также известная как *самопроизвольно разрешающаяся*.

**Эта форма характеризуется:**

- ◆ отставанием костного возраста,
- ◆ поздним началом полового развития,
- ◆ как правило, семейным характером роста.

Наследование может быть аутосомно-доминантным, рецессивным или сцепленным с X-хромосомой.



**Олеся Валентиновна БУЛГАНИНА,**

главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста министерства здравоохранения Алтайского края, кандидат медицинских наук, заведующая Центром охраны репродуктивного здоровья подростков КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства», ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России





**При неполноценном питании или нарушении пищевого поведения: вынужденное или искусственное голодание, нервная или психогенная анорексия и булимия, избыточное питание - может возникнуть функциональный гипогонадотропный гипогонадизм.**

## ГИПОГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ

Задержка полового развития при гипогонадотропном гипогонадизме **может быть результатом** врожденных или приобретенных поражений головного мозга с вовлечением гипоталамуса и (или) гипофиза.

**Врожденные поражения** носят структурный характер или связаны с генетическими дефектами продукции одного или нескольких факторов гипоталамуса или гипофиза. Гипогонадотропный гипогонадизм отмечают у пациентов с кистами и опухолями центральной нервной системы, аномалиями развития мозговых сосудов, гипоплазией септооптической области и передней доли гипофиза, постинфекционными и пострадиационными поражениями ЦНС, травмами головы.

Задержка полового развития **сопровождает синдромы** Прадера-Вилли, Лоренса-Муна-Барде-Бидля, Рассела-Сильвера, Хенда-Шюллера-Крисчена, Кальмана.

Гипогонадотропный гипогонадизм **развивается на фоне тяжелых хронических системных заболеваний**. В их числе - некомпенсированные пороки сердца, бронхолегочная, почечная и печеночная недостаточности, заболевания пищеварительного тракта (целиакия, панкреатиты, колиты с признаками мальабсорбции, болезнь Крона, муковисцидоз и другие), некомпенсированные эндокринные заболевания (гипотиреоз, сахарный диабет, болезнь и синдром Кушинга, гиперпролактинемия и другие), хронические инфекции, включая СПИД.

**Функциональный гипогонадотропный гипогонадизм может возникнуть:**

- ▶ при неполноценном питании или нарушении пищевого поведения (вынужденное или искусственное голодание, нервная или психогенная анорексия и булимия, избыточное питание),

- ▶ при повышенных физических нагрузках (балет, гимнастика, легкая или тяжелая атлетика, фигурное катание и другие),

- ▶ при длительном применении глюкокортикоидов,

- ▶ при злоупотреблении наркотическими и токсическими психотропными веществами.

## ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ

Задержка полового развития при гипергонадотропном гипогонадизме **развивается на фоне** агенезии или дисгенезии гонад, которые возникают при хромосомных или генетических аномалиях, семейных и спорадических дефектов эмбриогенеза половых желез.

**Среди причин первичной недостаточности яичников** наиболее распространен синдром Тернера. Отсутствие второй нормальной X-хромосомы при синдроме Тернера приводит к атрезии яичников еще внутриутробно и продолжается постнатально.

Недостаточность половых желез может возникнуть при развитии резистентности нормально развитых яичников к гонадотропным стимулам и при преждевременном истощении яичников.

Существуют **ятрогенные причины недостаточности яичников**, возникающие вследствие хирургического удаления или повреждения яичников (чаще всего при химиотерапии и облучении), а также **аутоиммунные** (аутоиммунный оофорит) и **идиопатические причины**.

## Лечение задержки полового развития

Лечение задержки полового развития у девочек **различно**, так как зависит от причины, которая ее вызвала. Терапия должна быть комплексной и проводиться при соответствующих показаниях совместно с неврологом, нейрохирургом, психиатром и эндокринологом.



Коррекция пищевого поведения, соблюдение диеты, коррекция физической нагрузки имеют вспомогательное значение и эффективны у девочек с функциональным гипогонадотропным гипогонадизмом.

При опухолях гипофиза и гипоталамуса лечение оперативное. Обязательное оперативное удаление гонад показано всем больным с гипергонадотропным гипогонадизмом при наличии Y-хромосомы или ее фрагментов в кариотипе.

Основной метод лечения задержки полового развития - медикаментозный. Преимущественно используются негормональные и гормональные препараты.

**Основные цели медикаментозного лечения после установления причины задержки полового развития:**

- ◆ стимуляция пубертатного росто-вого скачка у больных с задержкой роста;
- ◆ восполнение дефицита женских половых гормонов;
- ◆ стимуляция и поддержание развития вторичных половых признаков;
- ◆ активация процессов остеосинтеза;
- ◆ предупреждение возможных острых и хронических психологических, личных и социальных проблем;
- ◆ профилактика бесплодия и подготовка к деторождению.

У низкорослых больных с гипогонадотропным и гипергонадотропным гипогонадизмом применяют рекомбинантный гормон роста. Препарат назначают детские эндокринологи.

При выявлении гиперпролактинемии следует применять агонисты дофамина и (или) растительные блокаторы дофаминовых рецепторов второго типа. Доза препаратов и длительность терапии зависят от уровня пролактина в венозной крови.

Терапию половыми стероидами, направленную на восполнение эстрогенного дефицита, начинают при костном возрасте не менее 11,5 года по нарастающей схеме. Используют препараты, аналогичные натуральным эстрогенам. Назначают заместительную терапию с минимальных доз с целью имитации темпов полового развития и предупреждения преждевременного закрытия зон роста. При появлении ответного кровотечения переходят к моделированию менструального цикла.



Все девочки с конституциональной задержкой полового развития должны быть включены в группу риска по развитию дефицита минеральной плотности костной ткани, также они нуждаются в динамическом наблюдении до завершения периода полового развития. Пациентки с гипогонадотропным и гипергонадотропным гипогонадизмом нуждаются в пожизненной заместительной терапии половыми стероидами (до периода естественной менопаузы) и в постоянном динамическом наблюдении.

### **Фертильность при задержке полового развития**

Прогноз фертильности у больных с конституциональной формой задержки полового развития благоприятный.

У пациенток с врожденными наследственными синдромами, сопровождаемыми гипогонадотропным гипогонадизмом, прогноз зависит от своевременности и эффективности коррекции сопутствующих заболеваний органов и систем.

При гипергонадотропном гипогонадизме беременность может наступить только у пациенток, принимающих адекватную заместительную гормональную терапию, путем переноса донорского эмбриона в полость матки и полноценного возмещения дефицита гормонов желтого тела. ☹

**Основной метод лечения задержки полового развития - медикаментозный. Преимущественно используются негормональные и гормональные препараты.**





# О питании онкобольных во время лечения



**Наталья Владимировна СУШКОВА,**  
заведующая отделением  
противоопухолевой  
лекарственной  
терапии №4,  
врач-онколог  
первой квалификационной  
категории,  
КГБУЗ «Алтайский  
краевой онкологический  
диспансер»

**Онкологические пациенты часто сталкиваются с проблемой невозможности приема достаточного количества пищи, которая соответствует питательным потребностям организма, что ведет к потере веса.**

Дефицит калорий и (или) питательных веществ, таких, как белок, витамины и минералы, - частая проблема в питании онкологических пациентов.

Белки и калории важны для обеспечения организма энергией, борьбы с инфекцией, а значит, - для быстрого выздоровления и улучшения переносимости лечения.

**Ваша диета во время химиотерапии, как и питание после нее, заслуживает предельного внимания.**

### Побочный эффект лечения

Чаще всего, потеря веса - это следствие отсутствия аппетита и (или) побочный эффект лечения.

Несмотря на то, что **побочные эффекты химиотерапии** различны и сильно зависят от типа и дозы используемых препаратов, такие проявления, как *тошнота, рвота, утомляемость, диарея, запор*, - являются **общими**. Кроме того, неко-

торые лекарственные препараты способствуют изменению вкусовых ощущений, что может привести к полному отвращению к пище.

**Уменьшение количества потребляемой пищи приводит к недостаточному поступлению в организм питательных веществ.** Результат - потеря веса или другие сбои в работе всего организма, что *может повлечь прерывание курса химиотерапии и, следовательно, снижение эффективности лечения.*

Поэтому **регулярное питание во время химиотерапии очень важно.** Проведение назначенного курса химиотерапии в полном объеме - вот основа успеха вашего лечения.

### Дополнительное питание

Иногда приема обычной еды становится недостаточным для обеспечения дневной нормы. В таких случаях важно правильно подобрать дополнительное питание.

Продукты современного специализированного питания помогут предотвратить потерю веса и поддержать общий питательный статус, что, в свою очередь, поможет перенести болезнь и восстановиться после тяжелого лечения.

**Очень важно использование лечебного питания у пациентов, которым планируется проведение длительных курсов лечения.** Начинать поддерживающую питательную терапию **необходимо, не дожидаясь возникновения осложнений**, заранее - **за 7-10 дней до начала курса.** Подобная тактика может избежать тяжелых осложне-



ний и провести лечение по более радикальной программе.

## Методы борьбы с потерей веса

Решение основных задач при борьбе с потерей веса у онкологических больных во время получения лечения складывается из трех основных компонентов. Это:

- **борьба с тошнотой, рвотой, потерей аппетита** (единственный эффективный метод в этом случае - это назначение специальных противорвотных препаратов. Причем, их применение должно производиться только под контролем врача!);

- **специальная диета** (увеличение употребления чистой жидкости: воды, светлых соков, чая без кофеина и т.д., также необходимо придерживаться частого дробного питания небольшими порциями);

- **употребление легкоусвояемых продуктов**, в первую очередь, белков и энергетически богатых жиров и углеводов (лечебное питание значительно снижает риск прерывания или изменения схемы лечения, предпочтительным для пациентов, получающих химиотерапию; если нет необходимости введения питания через зонд, тогда является назначением готового жидкого питания).

### Есть ли у вас риск истощения?

Как понять, есть ли у вас недостаток питания и риск истощения?

Для определения степени риска истощения пациента используются специальные анкеты. Наиболее простая из них - **скрининговая анкета для определения недостаточности питания**. Ею могут пользоваться и сами пациенты. Несмотря на внешнюю простоту, эта шкала единственная, которая прошла клинические испытания и была одобрена для применения у онкологических пациентов.

**Теряли ли вы вес за последние шесть месяцев?**

А. Нет - 0 баллов.

В. Нет уверенности - 2 балла (можно обратить внимание на та-



кие косвенные признаки, как изменение размера одежды и т.д.).

С. Да (1-5кг - 1 балл, 6-10кг - 2 балла, 11-15кг - 3 балла, 15кг и более - 4 балла).

**Отмечаете ли вы снижение или отсутствие аппетита?**

А. Нет - 0 баллов.

В. Да - 1 балл.

При сумме баллов 2 и более - у пациента **имеется риск истощения** и связанных с этим состоянием осложнений. Риск и тяжесть состояния тем выше, чем выше общая сумма баллов.

**Очень важно убедиться в том, что пациент получает те калории и белки, которые необходимы ему для поддержания сил в организме во время лечения. И только совместными усилиями мы сможем добиться успехов в лечении онкологического заболевания!** ☺







11 июля в барнаульской галерее «Турина гора» была торжественно открыта юбилейная выставка заслуженного художника России Юрия Егоровича Бралгина.

Мэтр алтайской живописной школы. Живой классик. Навероятно целостный художник, гуманист, любящий мир вокруг себя, запечатлевший его в своем творчестве - искренне и с любовью к людям.

Для выставки отобраны около 60 различных произведений: живописные и графические работы во множественных техниках и жанрах, а также роспись по камню.



## ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№7 (247) июль 2024 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



Регистрационный номер ПИ-12-1644 от 04.02.2003 г., выданный 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 23.07.2024 г., фактически - 14:00 23.07.2024 г. Дата выхода: 26.07.2024 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова (тел. 8-960-939-6899).

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск»:

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.

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

Архивные материалы журнала на сайтах:

<https://www.zdravalt.ru/> и <https://alt-hospital.ru/>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В. Адрес типографии:

656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59.

Печать офсетная. Тираж - 2500 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге "Почта России" - ПР893



## Что нужно знать о гепатите



### 5 основных видов вирусов гепатита

A

B

C

D

E



самая распространенная причина цирроза и рака печени

гепатит

### A

Распространение гепатита А можно предотвратить:



при обеспечении надлежащего снабжения безопасной питьевой водой



надлежащей утилизации сточных вод



соблюдении личной гигиены и вакцинации

### гепатит ВС



Наибольшую опасность представляет контакт с заражёнными биологическими средами организма (кровь, сперма), где содержится большое количество вируса, а также при повреждении кожи (маникюр и татуировки нестерильными или плохо обработанными инструментами)



Инфицирование может быть от матери к ребенку при родах



Есть риск заражения половых партнеров, а также других членов семьи при совместном использовании предметов личной гигиены: маникюрных ножниц, зубных щеток, бритвенных принадлежностей, зубочисток и т. д.



**Вирус гепатита В и С НЕ ПЕРЕДАЕТСЯ:**

через объятия, рукопожатия, кашель, чихание, рекреационное использование общественных бассейнов или аналогичных объектов



### В



Защитить себя от гепатита «В» можно с помощью вакцины. Эффективность предотвращения развития хронической инфекции при полном курсе вакцинации составляет 95%

### С

Вакцина против гепатита С еще не разработана