

КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№5 (149) МАЙ 2015



Козлов Иван Григорьевич
старший лейтенант

Путяев Семён Гаврилович
красноармеец

Балан Иван Васильевич
сержант

9 МАЯ



1945-2015

Читайте в номере:

№5 МАЙ 2015 г.



Д.В. Паршин:

«Особое значение имеет ДЦП вследствие своей высокой инвалидизации. Около 80% детей с ДЦП имеют инвалидность, что требует ухода родителей за таким ребенком, а это порой делает невозможным продолжение их трудовой деятельности».



«Школа остеопороза»:

«Особенность остеопороза у мужчин - это относительно высокая частота вторичного остеопороза (у 30-60% мужчин): это, как правило, - болезни органов дыхания, пищеварения, гепатобилиарной и мочевыделительной систем».



И.А. Сукманова:

«Острый коронарный синдром (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия) - один из наиболее серьезных исходов атеросклероза. Это тяжелое и внезапное состояние, которое при необходимом интенсивном лечении не превращается в развернутый сердечный приступ».



Н.С. Фефелкина:

«Глубоко недоношенные дети составляют большую группу риска по эпилептической энцефалопатии. Без качественной своевременной помощи их будущее очевидно: инвалидизация, ограниченность возможностей».



А.В. Зеленецкий:

«Для оздоровления достаточно плавания на коротких дистанциях в холодной воде - 25 м и 50 м. После финиша - обязательны растирание тела, горячий чай, согревание в бане».



6

Дети лихолетья



16

Побежали?!



18

ДЦП: как с ним жить?



36

Кардиотренажеры: зачем они нужны?



47

Коварство остеопороза у мужчин

На фото: Участники Всероссийской акции «Бес- смертный полк», Барнаул, 9 мая 2015 год.

А на войне как на войне!..	2-5
Дети лихолетья	6-7
Ю.Г. Хмара. Из семьи военного врача	8-9
Е.А. Лудцев. Жизнь - подвиг	9
М.В. Батищева. Профессия в наследство	10
Н.И. Белоцкая. «Нам есть над чем работать, и мы готовы к этому»	11-13
Е.Б. Кравец. Организация лекарственного обеспечения детей	13
Как готовиться к экзамену	14-15
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
Побежали?!	16-17
ЖИЗНЬ БЕЗ ТАБАКА	
А.И. Старков. Бросаешь курить? Тебя поддержат!	17
ШКОЛА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЦП	
Д.В. Паршин. ДЦП: как с ним жить?	18-20
Праздники мая	20
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
О.В. Рожкова. Перинатальный краевой центр: современные возможности быть рядом с каждой беременной	21-22
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
Л.А. Плигина. Повышаем профессионализм	23
Новые горизонты	24
Н.В. Савич. У вас появилась боль в поясничной области... ..	25-26
КОРОНАРНЫЙ КЛУБ	
«Инфаркт - не приговор» при быстром оказании специализированной медицинской помощи	27
И.А. Сукманова. Острый коронарный синдром: факторы риска, современные методы лечения и самопомощь	28-31
СЕРДЕЧНЫЙ РАЗГОВОР С КАРДИОЛОГОМ	
Н.Г. Веселовская. Ожирение - глобальная проблема XXI века	32-33
Как с гуся вода	34-35
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
Кардиотренажеры: зачем они нужны?	36-37
Чувство локтя	37
Л.В. Юрченко. Они не мерзнут в ледяной воде	38-40
Вы решили стать моржом... ..	40-41
Н.С. Фефелкина. Все проблемы - от мозга	42-43
Порядок направления детей и подростков в эпилептологический Центр	44
ДВИЖЕНИЕ - ЖИЗНЬ	
Физкультминутка на рабочем месте	45
ШКОЛА ОСТЕОПОРОЗА	
Н.А. Гусева, Е.В. Ковалева. Коварство остеопороза у мужчин	46-47
Посидим в тишине	48



«Нам есть над чем работать, И МЫ ГОТОВЫ К ЭТОМУ»

Заместитель начальника Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности
Наталья Ивановна БЕЛОЦКАЯ сама себя называет абсолютно сельским жителем, поскольку родилась, выросла, училась в школе в Шипуновском районе. Интернатуру после обучения в медицинском училище и медицинском университете проходила на рабочем месте в районной больнице Первомайского района, где и продолжила трудовую деятельность врачом акушером-гинекологом, заместителем главного врача по организационно-методической работе, или по медицинскому обслуживанию населения района, а последние три года - главным врачом. С февраля 2015 года **Наталья Ивановна** - на новой должности в Главном управлении курирует сельское здравоохранение.



Еще в период обучения Наталья Ивановна получила хорошую практику в медицинских организациях краевой столицы. Работала под руководством замечательных специалистов, таких, например, как **Юрий Михайлович Рассохин** в отделении травматологии больницы скорой медицинской помощи города Барнаула. Полезным считает опыт работы в отделении патологии родильного дома городской больницы №11. В Первомайском районе ей тоже повезло с учителями. Тонкостям акушерства и гинекологии училась у **Таясии Васильевны Мамочкиной** и **Ольги Дмитриевны Воробьевой**, а по организационным вопросам хорошим наставником стал **Александр Федорович Воробьев**. Было у кого учиться, так что вполне закономерно, что Белоцкая оказалась, что называется, на верхушке краевого здравоохранения. Прержний опыт служит ей добрую службу.

- Приходится совершать много поездок по районам края, - рассказывает Наталья Ивановна. - Вместе с Центром Госзаказа мы выбирали участки для ФАПов, которые планируется построить в этом году. Ожидается сдача в эксплуатацию шести новых фельдшерско-акушерских пунктов.

- По каким критериям выбирали?

- Первое условие, чтобы в географическом пункте были хорошие подъездные пути к объекту. С учетом уроков прошлого года необходимо, чтобы участок попадал под затопление при паводках и наводнениях. Важным условием является проживание в селе не менее 600 жителей с учетом перспективы дальнейшего роста населения и развития населенного пункта. Учитывается также наличие действующих сельскохозяйственных предприятий с прогно-

зом дальнейшего устойчивого их развития. Мы должны прийти туда не на один-два года, а на длительный период. Очень важно учесть возможность укомплектовать ФАП квалифицированными медицинскими кадрами. В решении этого вопроса помогает запущенная в 2014 году региональная программа «Сельский фельдшер». При необходимости для прибывающих на работу в сельскую местность медицинских работников предусматривается строительство жилья, совмещенного с фельдшерско-акушерским пунктом. Значительной части сельского населения ФАП является самым доступным медицинским подразделением для получения доврачебной медицинской помощи. Кроме того, он служит центром профилактики, санитарно-гигиенического просвещения, пропаганды здорового образа жизни.

В соответствии с современными нормативно-правовыми требованиями ФАП имеет кабинет приема, прививочный кабинет, комнату для персонала, зал ожидания для пациентов и туалетную комнату. Предусмотрено автономное теплоснабжение, благоустройство территории.

- В настоящее время в крае достаточное количество ФАПов?

- Настало время говорить не столько о количестве, сколько о качестве фельдшерско-акушерских пунктов и соответствии их современным требованиям. Конечно, сразу все объекты мы обновить не сможем, но и сама программа - долговременная. В одном только Первомайском районе более 26 ФАПов. В крае - 59 муниципальных районов, 12 городов, 6 рабочих поселков, 659 сельских поселений, 1591 населенный пункт. ►



Алтайский край представляет собой большую по протяженности территорию с разветвленным административно-территориальным делением, имея при этом низкую плотность населения, особенно в малых и отдаленных населенных пунктах, и высокую долю сельских жителей, среди которых преобладают люди пожилого возраста. Как следствие имеет место достаточно высокий уровень заболеваемости и смертности.

Мне кажется, вопрос состояния здоровья граждан касаются не только медиков, но и пациентов. К сожалению, частенько граждане делают акцент не на стремлении быть здоровым, а концентрируют свое внимание на болезни. При такой позиции отсутствует заинтересованность быть здоровым. Человека надо учить быть здоровым. В настоящее время в крае проводится диспансеризация населения. Жители края имеют возможность узнать о состоянии их здоровья, получить рекомендации специалистов по стабилизации состояния. Основная нагрузка в работе с населением по повышению заинтересованности в сохранении здоровья, мне кажется, ложится на средний медицинский персонал медицинских организаций. В крае работают группы здоровья и школы, обучающие хронических больных жить с той или иной патологией, не ухудшая своего состояния. Многие проблемы со здоровьем вызваны просто неправильным образом жизни. Коррекция питания, режима дня, условий труда и отдыха, физической активности и других факторов, которые граждане считают незначительными, на самом деле может существенно повлиять на состояние человека. Этому надо людей учить. Так же, как и приверженности лечению, особенно при кардиологической патологии. Пациенты, почувствовав облегчение, перестают принимать рекомендованные лекарственные препараты, и негативные последствия не заставляют себя ждать.

Важно понять, что здоровье - это не только дар природы, но и во многом плод трудов самого человека. Врач и пациент должны разговаривать на одном языке, слышать и понимать друг друга.

Большие надежды мы возлагаем на Центр профилактики, который уже в ближайшем будущем откроется в краевой столице. Центр будет координатором

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА

- диагностика и лечение острых и хронических заболеваний, травм, отравлений;
- своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача;
- направление больных с хроническими заболеваниями к участковому врачу;
- организация патронажа детей и беременных женщин;
- систематическое наблюдение за состоянием здоровья отдельных категорий граждан;
- проведение профилактических и лечебных мероприятий;
- проведение мероприятий по снижению детской и материнской смертности;
- наблюдение за контактными лицами в очагах инфекции;
- участие в проведении периодических медицинских осмотров работников;
- проведение санитарно-просветительной работы;
- организация стационара на дому;

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА

- обеспечение своевременной госпитализации больных, нуждающихся в оказании стационарной медицинской помощи, в том числе женщин с патологией беременности, а также медицинскую эвакуацию рожениц и родильниц в родильное отделение;
- выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;
- осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;
- устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинские организации оказывающие специализированную медицинскую помощь;
- выявление лиц с повышенным риском развития злокачественных новообразований;
- оказание паллиативной помощи больным;
- санитарно-гигиеническое образование населения;
- организация деятельности пункта наблюдаемого лечения больных туберкулезом;
- реализация лекарственных средств и медицинских изделий

всей просветительской, пропагандистской и практической деятельности по охране и сохранению здоровья населения края. Мы активно приветствуем встречный интерес самого человека к информации по сохранению и укреплению своего здоровья, его желания и стремления быть здоровым.

- Первичная медицинская помощь населению края доступна. А специализированную, в том числе и высокотехнологичную, насколько реально могут получить наши жители?

- Жители Алтайского края ее получают, при необходимости - и в медицинских организациях федерального уровня. В экстренных случаях даже на догоспитальном этапе в машинах скорой помощи. Но, к сожалению, до сих пор бытует мнение, что настоящее лечение можно получить только в условиях стационара. Это далеко не так. Решение, как и где лечить пациента, принимает врач. Изменились методики оказания медицинской помощи. Многие заболевания теперь можно лечить амбулаторно. С учетом этого, в крае работа системы здравоохранения переориентирована со стационарной на амбулаторно-поликлиническую помощь за счет расширения сети дневных стационаров и общих врачебных практик. Увеличена мощность межмуниципальных специализированных отделений. Внедрена и активно используется врачебно-диспетчерская служба, электронная регистратура, которая позволяет осуществлять запись на прием как к районным специалистам, так и в краевые медицинские организации. Укреплена служба скорой медицинской помощи. На сегодня ею охвачено 90 процентов территории Алтайского края, 89 процентов вызовов обслуживаются в течение 20 минут. Значительно обновлен парк машин скорой медицинской помощи, оборудованных системой ГЛОНАСС. Для обеспечения доступности населения, в том числе в специализированной медицинской помощи, активно используются выездные формы работы медицинских работников, включая социальный автопоезд «Здоровье», который за три года своего существования побывал во всех районах Алтайского края.

- Болезненным для многих пациентов остается вопрос лекарственного обеспечения. Как сложилась ситуация в крае?



Организация лекарственного обеспечения детей

Дети в возрасте до трех лет и дети из многодетных семей в возрасте до шести лет, не имеющие инвалидности, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.07.1994 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» обеспечиваются лекарственными средствами по бесплатным рецептам за счет средств краевого бюджета.



Дети в возрасте до трех лет и дети из многодетных семей в возрасте до шести лет, не имеющие инвалидности, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.07.1994 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» обеспечиваются лекарственными средствами по бесплатным рецептам за счет средств краевого бюджета.

Эта группа населения занимает около 35,8% в общей численности «региональных» льготников, которых всего насчитывается 219467 человек.

По состоянию на 01.01.2015 года численность детей до трех лет составила 78631 человек, детей до шести лет (дети из многодетных семей) - 19716. Всего - 98347 детей.

Краевым бюджетом на лекарственное обеспечение «региональных» льготников в 2015 году выделен 241млн. рублей, в среднем на одного больного - 91,5 рубля в месяц.

Ввиду социальной значимости основная доля расходов краевого бюджета на оказание лекарственной помощи населению по бесплатным рецептам приходится на граждан с заболеваниями «сахарный диабет» (28,9%) и «бронхиальная астма» (16,8%) - эти цифры по итогам 2014 года.

Таким образом, в условиях ограниченного финансирования детям до трех лет и детям из многодетных семей до шести лет по жизненным показаниям лекарственная помощь оказывается в первую очередь, но не в полном объеме.

Их удельный вес в сумме отпущенных медикаментов «региональным» льготникам за 4 месяца текущего года (по состоянию на 07.05.2015г.) составил 25,8%. Обеспечено более чем 30 тысяч детей по 46806 рецептам на сумму 25,26млн.рублей.

Основные показатели лекарственного обеспечения детей до трех лет и детей из многодетных семей до шести лет за 4 месяца 2015 года выше уровня аналогичного периода 2014 года. ☺

Е.Б. КРАВЕЦ,

начальник отдела лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

- Если говорить о жизненно важных препаратах, то государство контролирует их цены и ассортимент. В настоящее время сельские жители могут приобрести лекарственные препараты на ФАПе. Маломобильным гражданам медикаменты доставляются на дом. А вот льготное лекарственное обеспечение оказалось в очень невыгодном положении. Мы бы просто роскошно жили, если бы 80% пациентов-льготников не отказывались от лекарственной части социального пакета, предпочитая его замену деньгами. Сумма незначительная, не позволяет приобрести нужные лекарства, а по льготе пациенты уже не могут их получить. В итоге люди просто не имеют необходимого лечения.

- Как-то повлиять на эту ситуацию можно?

- Всё зависит от самих граждан. Чем больше их останется в программе льготного лекарственного обеспечения, сделав выбор в пользу медикаментов, тем больше возможностей обеспечить льготные категории пациентов необходимыми препаратами.

- Готовы ли учреждения здравоохранения к работе по формированию у населения здорового образа жизни? Как вы видите развитие профилактической медицины?

- Первый шаг в этом направлении - диспансеризация. Жаль, что не все понимают, что такие комплексные медицинские осмотры нужны не врачам, а самим гражданам до того, как они станут пациентами медицинских организаций.

- А как вы считаете: есть у людей осознание важности здорового образа жизни для профилактики серьезных заболеваний, особенно связанных с сердечно-сосудистой патологией?

- Думаю, да. Правда, в городе это проявляется ярче и идет активнее. Но здесь и возможностей для занятий физкультурой, спортом, фитнесом побольше. Люди платят немалые деньги за это. Однако основное значение имеет все-таки решение самого человека быть или не быть здоровым. Это он выбирает, делать утром зарядку или нет, курить или не курить, ходить ежедневно по несколько километров или пролежать два часа на диване. Все зависит от самого человека. Мне, например, приятно, что на селе все чаще можно видеть людей, причем старшего возраста, увлеченных скандинавской ходьбой. А она, между прочим, задействует 97 процентов мышц тела, в том числе и сердечную мышцу. Финансовые затраты нулевые, а польза - огромная. Так что позитивные сдвиги есть. И это хорошо.

- Какие проблемы в оказании медицинской помощи жителям села вы бы выделили, и как их решать?

- Многие из них мы уже обозначили: материально-техническая база медицинских организаций, кадры, развитие частно-государственного партнерства, максимальное приближение медицинской помощи к пациентам, совершенствование качества этой помощи и другие задачи. Нам есть над чем работать, и мы к этому готовы. ☺

Ольга Николаева



ОТ РЕДАКЦИИ.

На протяжении 2013 года мы публиковали цикл материалов в рубрике «Школа реабилитации ДЦП». Наша задача была - донести до родителей, имеющих маленьких детей, важность постоянного грамотного, осознанного родительского наблюдения, активного участия в развитии малышей и, безусловно, эффективного взаимодействия со специалистами-медиками. Тема ДЦП выбрана не случайно. К сожалению, достаточно высок уровень различных отклонений в раннем периоде новорожденности. И если они не будут своевременно выявлены, не будет проводиться адекватная терапия, - это может привести к явным клиническим проявлениям или серьезным последствиям в будущем. Большое внимание уделяется вопросам оказания медицинской помощи детям, страдающим ДЦП, и их реабилитации. Сформирована многоуровневая структура помощи детям, отработаны вопросы межсекторального взаимодействия учреждений системы здравоохранения, социальной защиты и образования. Программа реабилитации детей с ДЦП остается приоритетной среди программ Краевого благотворительного марафона «Поддержим ребенка!».

ДЦП: как с ним жить?

Неврологическая патология занимает второе место у детей младшего возраста, уступая место бронхолегочной патологии, и третье место - среди детей старшего возраста, после бронхолегочной патологии и патологии зрения.

Особое значение имеет детский церебральный паралич (ДЦП) вследствие своей высокой инвалидизации. Порядка 80% детей с ДЦП имеют инвалидность, что требует ухода родителей за таким ребенком, а это порой делает невозможным продолжение их трудовой деятельности.

Учитывая высокую социальную значимость данной патологии, было принято решение выпустить цикл статей о ДЦП. Настоящая статья будет являться некоторым его анонсом.



Дмитрий Владимирович ПАРШИН,

главный внештатный детский специалист-невролог Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

Заболеваемость детским церебральным параличом (ДЦП), по мировой статистике, составляет 2-3 случая на 1000 детского населения, в Москве - 2,3-2,5 на 1000 детского населения, в Алтайском крае (в 2002 году) - 3,3 случая на 1000 детского населения. В течение последующих 10 лет заболеваемость росла, и к 2011 году достигла уже 4,6 на 1000 детского населения.

В настоящее время отмечается стабилизация роста заболеваемости: так, в 2012 году - 4,4 на 1000 детского населения, а в 2013 году - 4,3 на 1000 детского населения.

Так что же такое ДЦП? **Детский церебральный паралич - это группа нарушений развития движений и положения тела, вызывающих ограничение активности, которые вызваны непрогрессирующим поражением мозга плода или новорожденного.**

Хочется немного подробнее остановиться на определении. Первое - это группа нарушений, то есть нарушения могут быть разнообразными. И действительно - в соответствии с международной классификацией выделяют **три клинические формы: спастический, дискинетический и атаксический церебральный паралич.** Эти нарушения «вызваны непрогрессирующим (то есть не ухудшающимся со временем) поражением мозга плода (то есть внутриутробно) или новорожденного (новорожденным считается ребенок с момента рождения до 7 суток жизни)».

Причинами ДЦП могут быть любые перинатальные поражения, связанные с кислородной недостаточностью плода, внутричерепными кровоизлияниями, внутриутробными инфекциями, родовой травмой. Если у ребенка имеются врожденные аномалии развития головного мозга, то эта патология, в соответствии с оп-



Школа реабилитации ДЦП

ределением, не может называться детским церебральным параличом.

Диагноз «детский церебральный паралич» устанавливается не сразу. Сначала ребенок наблюдается неврологом и получает лечение по поводу перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС). Если не происходит регресс неврологической симптоматики и клинические проявления соответствуют детскому церебральному параличу, то устанавливается соответствующий диагноз. *В тяжелых случаях диагноз ДЦП может быть установлен в возрасте 6 месяцев, а в более легких случаях может быть установлен в возрасте 1-1,5-2 года.* В ряде европейских стран диагноз церебрального паралича может быть установлен и в три года: после того как будет полностью исключена вся врожденная или генетическая патология или патология обмена.

Как любое заболевание, **ДЦП имеет степени тяжести.** В 1997 году специально для пациентов с ДЦП была разработана **международная классификация глобальных моторных (двигательных) функций** (Gross Motor Function Classification System, GMFCS), отражающая двигательные возможности пациента. **В этой классификации выделяют пять уровней (степеней тяжести).**

Для наглядности приведу критерии для детей старшего возраста:

- **GMFCS I** - ходит без ограничений, может самостоятельно подниматься по лестнице без использования перил, может прыгать, бегать даже по неровной поверхности;

- **GMFCS II** - ходит самостоятельно, но только по ровной поверхности, затруднены или невозможны прыжки, по лестнице поднимается с использованием перил;

- **GMFCS III** - ходит с применением вспомогательных средств (ходунки, костыли, трости);

- **GMFCS IV** - передвигается самостоятельно на инвалидном кресле (включая моторизованное) или возможно передвижение в ходунках с посторонней помощью;

- **V уровень** - мобильность только в механическом инвалидном кресле с посторонней помощью.

Существуют специальные критерии, в соответствии с которыми можно определить, к какому из пяти уровней по GMFCS относится пациент с ДЦП с возраста 1,5 года. Эти критерии разрабо-



таны для разных возрастов. *Правильно отнеся пациента к уровню по GMFCS, можно с высокой степенью достоверности спрогнозировать реабилитационный потенциал пациента и разработать схему реабилитационных мероприятий.*

Учитывая то, что порядка 80% ДЦП составляют спастические формы, одним из важнейших направлений в лечении является **лечение спастичности.** Спастичность не только изменяет позу и ограничивает движения в конечностях, но и приводит к формированию, а в последующем и к их прогрессированию, вторичных ортопедических осложнений, за счет которых и может происходить ухудшение в состоянии ребенка. Могут формироваться деформации стоп, костей скелета нижних конечностей, тазобедренных суставов, позвоночника. Таким образом, **ДЦП можно рассматривать как непрогрессирующее заболевание головного мозга, с прогрессирующими ортопедическими нарушениями.**

В 2009 году был принят Европейский консенсус по лечению спастических форм церебрального паралича, где предложена схема лечения с учетом уровня нарушений по GMFCS. В этой схеме в том числе прописано и **ортезирование**, которое направлено на замедление формирования вторичных ортопедических осложнений, и **этапная ортопедическая хирургия**, направленная на формирование более правильной опорной установки конечностей.

Конечно, все мы понимаем, что помимо нарушения позы и движения у пациента с ДЦП могут присутствовать нару-

Уважаемые читатели, родители детей с двигательными нарушениями! Если у вас есть пожелания и предложения о возможных проблемах и вопросах в рамках ДЦП, обращайтесь в редакцию. На основании ваших обращений возможно будет изменить план статей или добавить новые темы: вы знаете проблему изнутри, у вас есть вопросы, а мы постараемся на них ответить.



Праздники мая

шения со стороны других органов и систем. Нарушения зрения, слуха, бронхолегочная патология, нарушения со стороны пищеварительной системы с нарушением глотания, развитие эпилепсии...

Очень много существует мифов и легенд в отношении ДЦП и профилактических прививок. Доходит до абсурдных ситуаций, когда родители детей с ДЦП отказываются проводить реакцию Манту, которая не является профилактической прививкой.

Важны аспекты формирования правильного отношения родителей к лечению детей с ДЦП. Часто ставятся основными целями - «вылечить» ребенка, «чтобы мой ребенок ходил». Однако, к глубокому сожалению, ДЦП вылечить невозможно, а некоторым детям не суждено ходить даже с опорными средствами. **Важно добиться понимания со стороны родителей, что основной задачей является максимальная СОЦИАЛИЗАЦИЯ ребенка В РАМКАХ ЕГО ВОЗМОЖНОСТЕЙ**, а для этого часто необходимо правильное использование технических средств реабилитации: ходунки, костыли, трости, коляски, ортезы и т.д.

Нельзя обойти стороной и проблему толерантности, взаимоотношения «не таких детей» с «таким обществом». Около четырех лет назад в российских школах был проведен социологический опрос среди детей и их родителей: «Готовы ли вы обучаться в одном классе с детьми-инвалидами?». 80% детей ответили «да», а 80% родителей ответили «нет». Это говорит о неприятии обществом людей-инвалидов. **На сегодня в нашем обществе нет достаточной толерантности по отношению к «людям с ограниченными возможностями» или, как их сейчас пытаются называть, - «людям с повышенными потребностями».**

Обо всем этом мы планируем говорить в последующих статьях, которые будут выходить приблизительно в той последовательности, что анонсированы в данной статье. ☺

5 МАЯ с 1992 года отмечается **Международный день борьбы за права инвалидов.** Цель этой даты - обратить внимание на проблемы, связанные с защитой прав людей с ограниченными возможностями.

С 1987 года по инициативе Международной ассоциации акушерок **5 МАЯ** отмечается как **Международный день акушерки.** Сегодня его празднуют более чем в 50 странах, в том числе и в России. Все Дни до 2016 года проходят под девизом: «Мир настолько сильно нуждается в акушерках, насколько не нуждался еще никогда».

Всемирный День Красного Креста и Красного полумесяца отмечается ежегодно **8 МАЯ**, в день рождения швейцарского бизнесмена, общественного деятеля **Жана Анри Дюнанна**, по инициативе которого создавались группы добровольцев для оказания помощи раненым на полях сражений. Сегодня эта организация оказывает помощь раненым, больным и военнопленным во время вооруженных конфликтов, жертвам стихийных бедствий.

Ежегодно во **ВТОРОЕ ВОСКРЕСЕНЬЕ МАЯ** (в 2015 году - это 10 мая) отмечается **День матери.** В 1912 году была создана Международная Ассоциация Дня матери с целью распространения сознательного празднования этого дня. Хотя это праздник вечности: из поколения в поколение для каждого из нас мама - самый главный человек.

Ежегодно **12 МАЯ** с 1974 года (в России - с 1993 года), в день рождения англичанки **Флоренс Найтингейл**, которая во время Крымской войны организовала первую в мире службу сестер милосердия, отмечается **Международный день медицинской сестры.** Официально этот День возник с момента объединения сестер милосердия из 141 страны в профессиональную общественную организацию - **Международный совет медицинских сестер.**

Международный день семей, отмечаемый ежегодно **15 МАЯ**, провозглашен резолюцией ООН в 1993 году. В разные годы девизом



Дня были: «Решение проблем малоимущих семей и проблем социальной изоляции», «Влияние миграции на семьи во всем мире», «Семьи и инвалиды», «Семьи и старение - возможности и задачи», «Мужчины - главные? Гендерное равенство и права детей в современных семьях» и т.д.

Ежегодно с 1983 года в **ТРЕТЬЕ ВОСКРЕСЕНЬЕ МАЯ** (в 2015 году - 17 мая) принято вспоминать людей, умерших от СПИДа. Символ **Всемирного дня памяти жертв СПИДа** - красная ленточка, приколотая к одежде, а также разноцветные полотна - квилты, сшитые из лоскутков ткани в память о множестве людей, ушедших из жизни.

С 1977 года **18 МАЯ** проходит **Международный день музеев.** Слоганом 2015 года стало - «Музеи и устойчивое развитие общества». К этому культурному событию приурочено и проведение тематических фестивалей, самый знаменитый из которых - «Ночь музеев», который проводится в ночь с субботы на воскресенье, ближайшую к 18 мая.

Ежегодно с 2009 года **25 МАЯ** во всех странах отмечается **Всемирный день щитовидной железы.**

25 МАЯ с 2010 года - это **Международный День пропавших детей.** Символом Дня является изображение синей незабудки.



Всероссийский день библиотек (День библиотекаря) отмечается в России ежегодно **27 МАЯ.**

31 МАЯ с 2006 года объявлено **Всемирным днем блондинок.**

31 МАЯ ВОЗ в 1988 году объявила **Всемирным днем без табака.** В этот День привлекают внимание к опасностям для здоровья от курения табака, призывают проводить эффективную политику по уменьшению масштабов потребления табака. Каждый год День проходит под своим девизом: «Табак в любой форме и разновидности смертельно опасен», «Молодежь без табака», «Повышение налога на табачные изделия» и другие.





Перинатальный краевой центр: современные возможности быть рядом с каждой беременной

Алтайский край характеризуется соматической и репродуктивной заболеваемостью населения, которая превышает аналогичные среднероссийские показатели. Безусловно, это способствует осложненному течению беременности и определяет исход родов для новорожденного.

Кроме того, наш край имеет сложную инфраструктуру оказания акушерской помощи, которую обуславливают региональные особенности: низкая плотность населения при обширной территории, где 42% составляют жители сёл.

КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края» является головным учреждением региона по оказанию медицинской помощи матери и ребенку - наиболее тяжелому контингенту беременных женщин Алтайского края, имеющих экстрагени тальную и акушерскую патологии.

Для оказания амбулаторной помощи беременным женщинам в структуре Перинатального центра входит **консультативно-диагностическое отделение (КДО)**.

Работа акушеров-гинекологов этого отделения организована по территориальному принципу. *За каждой медико-географической зоной Алтайского края (а их всего 7 - Барнаульская, Алейская, Бийская, Заринская, Каменская, Славгородская, Рубцовская) закреплен куратор, который осуществляет offline- и online-консультации беременных закрепленной за ним территории, а также очную консультацию беременных группы высокого риска.*

С 2011 года в работу введена программа ЭВМ - автоматизированное рабочее место «Регистр беременных». Она предназначена для сбора информации обо всех беременных на регио-

нальном уровне - с момента постановки на учет в женской консультации и до родоразрешения. Программа включает в себя комплекс клинических, ультразвуковых и лабораторных критериев, основываясь на которых куратор каждой медико-географической зоны распределяет беременных в группы: «наблюдаемые» и «мониторимые».

«Наблюдаемые» пациентки (это низкая группа риска по осложнениям беременности и родов) ведутся в женской консультации по месту проживания, согласно основным стандартам диспансеризации.

«Мониторимые» - это беременные среднего и высокого риска по материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В ряде клинических случаев беременные этой группы нуждаются в очной консультации специалистов краевого Перинатального центра, краевой клинической поликлиники и других краевых лечебных учреждений по профилю заболевания. Другой группе разрабатывается индивидуальный план диспансерного ведения, который осуществляется в режиме offline в виде телеконсультаций.

Оценка и переоценка клинических данных в программе «Регистр беременных» проводится трехкратно, согласно срокам скрининговых обследований: в 11-14 недель, 18-21 и 30-34 недели, когда может быть изменена тактика ведения беременной, решен вопрос о сроках доро-



Ольга Владимировна РОЖКОВА,

врач акушер-гинеколог, первая квалификационная категория, КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»

КДО предназначено для оказания амбулаторной помощи беременным женщинам со всего Алтайского края.



Школа ответственного родительства

◀ довой госпитализации, месте родоразрешения.

Тактика ведения «мониторимых» беременных группы высокого риска обсуждается на еженедельном рапорте в режиме online руководителями амбулаторной службы краевого Перинатального центра и заведующими местными женскими консультациями.

Чтобы регулировать потоки беременных и повысить доступность проведения очных консультаций, в КДО создана **система дистанционной записи** через удаленную регистратуру, а также - дистанционная запись в другие ЛПУ края. Поэтому пациентки получают квалифицированную консультацию у специалистов разного профиля.

При очной консультации в КДО в качестве дополнительного обследования в день обращения в отделение беременные женщины по показаниям проходят лабораторное, ультразвуковое, функциональное исследования.

Ежедневно ведут прием кардиолог, окулист, эндокринолог, терапевт, уролог, психолог, дерматовенеролог. Как и акушеры-гинекологи, узкие специалисты КДО также проводят телеконсультации беременных с экстрагенитальной патологией в режиме offline.

По результатам обследования при очной консультации в КДО определяется тактика дальнейшего ведения беременности. Решается вопрос о необходимости и сроках госпитализации в стационары II, III уровня, профильные отделения краевой клинической больницы и другие ЛПУ в зависимости от выявленной экстрагенитальной патологии, сроках и месте дородовой госпитализации, необходимости повторных консультаций. По результатам консультации и проведенного обследования беременные женщины определяются на мониторинг.

Когда беременная по каким-либо причинам не может попасть в краевое ЛПУ, консультация может осуществляться в режиме online. Налажена совместная работа с Координационным центром КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая больница» по экстрагенитальной патологии. И в режиме online консультируются пациентки по всем нозологиям.



Врачи КДО в своей работе тесно взаимодействуют с социальными работниками и психологами краевого центра медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, который находится в поликлиническом корпусе нашего Центра.

Широкое внедрение в работу амбулаторно-поликлинического звена Перинатального центра современных технологий в области информатики и телекоммуникаций позволило снизить частоту материнских и перинатальных осложнений. Проведение очных консультаций в КДО по принципу активного приглашения увеличило доступность и качество оказания помощи беременным высокой группы риска. Соблюдение принципов маршрутизации женскими консультациями районов края позволяет своевременно и по показаниям направлять беременных в межрайонные перинатальные центры и в краевой перинатальный центр на дообследование, лечение и родоразрешение.

Безусловно, своевременная явка беременной на учет в женскую консультацию, соблюдение рекомендаций специалистов по здоровому образу жизни, полноценному обследованию и лечению позволяют женщине ощутить радость материнства, познать счастье иметь не только желанного, но и здорового ребенка. ☺

В консультативно-диагностическом отделении создана система дистанционной записи через удаленную регистратуру, а также - дистанционная запись в другие ЛПУ края.



Повышаем профессионализм

14 мая состоялся краевой семинар специализированных секций, который подготовила и провела Ассоциация при организационной поддержке Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармдеятельности.

Активное участие в подготовке и проведении семинара приняла Главный специалист по управлению сестринской деятельностью Главного управления **И.Н. Донских**.

Семинар проходил на базе поликлиники «Надежда» КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер». В его работе приняли участие 95 специалистов ЛПО.

По программе семинара была проведена общая пленарная часть, затем в разных аудиториях работали специализированные секции: «**Лечебное дело**» - для фельдшеров ФАПов и скорой медицинской помощи, «**Педиатрия и неонатология в сестринском деле**» - для педиатрических и неонатологических медицинских сестер.

После исполнения Гимна медицинских сестер Алтайского края «Руки милосердия» участников семинара поприветствовала заместитель начальника Главного управления **Н.И. Белоцкая**, которая отметила значимость и важность деятельности специалистов сестринского дела в повышении качества медицинской помощи населению Алтайского края.

В рамках семинара прошло награждение активных членов Ассоциации наградами Министерства здравоохранения РФ, что традиционно ежегодно проводится по ходатайству АРОО «ПАСМР» через Российскую ассоциацию медицинских сестер.

Жанна Юрьевна Чичканова, главная медицинская сестра КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер, г.Барнаул», и **Светлана Сергеевна Киндюхина**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Топчихинская центральная районная больница», **удостоены нагрудного знака «Отличник здравоохранения»**. **Елена Николаевна Семенова**, главная медицинская сестра КГБУЗ «Городская поликлиника №3, г.Барнаул», и **Людмила Петровна Поканова**, главная медицин-

ская сестра КГБУЗ «Городская больница имени Л.Я.Литвиненко, г.Новоалтайск», **награждены Почетной грамотой Минздрава РФ**.

Ежегодно совместно с газетой «Комсомольская правда» - Барнаул» Ассоциация в честь Международного дня медицинской сестры проводит творческий фотоконкурс «Самая обаятельная медсестра Алтая». На семинаре состоялось награждение победителей конкурса 2015 года.

Первое место заняла **Ольга Юрьевна Винс** (за нее проголосовал 21191 человек), акушерка акушерского физиологического отделения, КГБУЗ «Городская больница №3, г.Рубцовск». Второе место - **Евгения Николаевна Маслова** (19313 голосов), медицинская сестра процедурной (прививочного кабинета) КГБУЗ «Детская городская поликлиника №7, г.Барнаул». На третьем месте с 13694 голосами - **Татьяна Васильевна Гавря**, старшая медицинская сестра ПНДО КГБУЗ «Психиатрическая больница г.Рубцовска».



Награждение «Самая обаятельная медсестра Алтая»

Поощрительные места распределены следующим образом: за **Юлию Викторовну Качанову**, акушерку акушерского физиологического отделения, КГБУЗ «Городская больница №3, г.Рубцовск», свои голоса отдали 12675 человек, за **Наталью Сергеевну Ефименко**, медсестру инфекционного отделения КГБУЗ «Мамонтовская ЦРБ», проголосовали 9302 читателя «Комсомолки», **Ирина Николаевна Борщева**, медицинская сестра-анестезистка КГБУЗ «Ребрихинская ЦРБ», получила 6096 голосов.

В пленарной части семинара были представлены доклады на актуальные темы: «Роль АРОО «ПАСМР» в повышении качества медицинской помощи», «Роль средних медицинских работников в оказании первичной медико-санитарной помощи на современном этапе», «Организация хранения, учета и отпуска лекарственных препаратов», «Диагностика, лечение, профилактика кори» и т.д.

Работа в секциях проводилась в соответствии с программами, прошли обсуждения, прозвучали вопросы-ответы. На заключительной части семинара модераторы секций представили отчеты о проведенной работе. Все участники получили сертификаты, также им было предложено в обязательном порядке провести общебольничные мероприятия по материалам семинара. ☺

Материалы выступлений в ближайшее время будут размещены на сайте Ассоциации.

Л.А. ПЛИГИНА,
Президент АРОО «ПАСМР»



Делегация медицинского колледжа, г.Бийск



Новые горизонты

Юлия Витальевна ЧЕРЕПОВСКАЯ, главная медицинская сестра КГБУЗ «Шипуновская ЦРБ»:

- Шипуновскую ЦРБ на семинаре представляли три делегата. Возвращаясь домой, мы продолжали обсуждать семинар, делиться впечатлениями.

Вспоминали, какой торжественностью была наполнена церемония награждения в честь Международного дня медицинской сестры, когда в этот момент все мы испытывали гордость за своих коллег из разных уголков Алтайского края.

Краевой семинар открыла президент АРОО «ПАСМР» **Л.А. Плигина**. Было сказано много замечательных теплых слов в адрес специалистов сестринского дела. С докладом выступила Главный специалист по управлению сестринской деятельностью ГУ АК **И.Н. Донских**.

В общей пленарной части семинара были представлены темы выступлений по наиболее актуальным вопросам. Далее занятия проходили по секциям, где работа была организована грамотно и профессионально: докладчики излагали материал в доступной форме, сопровождая содержательными презентациями. Многие из нас стали активными участниками мероприятия.

От имени нашей делегации, руководителем которой я была, хочется выразить глубокую благодарность профессиональной ассоциации, пожелать дальнейшего развития и успехов в достижении поставленных целей!

Тамара Владимировна ЕЛАГИНА, фельдшер КГБУЗ «Городская больница №11, г.Барнаул»:

- Я окончила ББМК в 2014 году и устроилась в городскую больницу №11 фельдшером в отделение профилактики. От нашей больницы мне посчастливилось побывать на этом краевом семинаре. Впечатлило всё: теплый прием, уровень и профессионализм приглашенных гостей и модераторов секций, дружелюбная атмосфера...



Исполнение Гимна медсестер Алтая

Я работала в секции «Лечебное дело» и хочу особую благодарность высказать ее модератору **Елене Анатольевне Березенко**, начальнику сектора контроля качества отдела по работе с обращениями граждан и контролю качества Главного управления. Благодаря ей мы сплотились в настоящую команду, которая с интересом принимала выступления докладчиков и потом обсуждала возникшие вопросы.

Для меня семинар стал настоящим праздником души. Я узнала много интересного и полезного в рамках моих профессиональных интересов. Хотелось бы, чтобы на секции, где выступают лекторы, выделялось побольше времени: чувствовалось, что у них есть что сказать, а выступление ограничено 15 минутами.

Подобные встречи, думаю, должны стать обязательными атрибутами жизни наших коллег. Мы, жаждущие новых знаний, должны объединяться, чтобы похожие настроения стали принципом каждого. Я в полной мере ощутила свою причастность к нашему общему сестринскому сообществу, поэтому вступила в профессиональную ассоциацию. *Уверена, что только совместными усилиями, объединившись, мы сможем добиться лучшего для своей профессии.*

Делегация от КГБУЗ «Мамонтовская ЦРБ»:
Н.С. Ефименко, медсестра инфекционного отделения, Ю.С. Шоленберг, фельдшер ФАПа, Е.В. Прищепа, медсестра палаты новорожденных:

- В ряды Ассоциации мы вступили в начале этого года и впервые присутствовали на мероприятии, организованном ПАСМР. Нас поразили масштабы проводимого семинара, высокая организация, деловая и доброжелательная обстановка. Всё это способствовало максимальному восприятию содержательных выступлений докладчиков. Мы получили очень много полезной информации в плане ведения документации, учета хранения лекарственных средств, обменялись опытом со своими коллегами из других учреждений. Очень понравились обсуждаемые темы: «Раннее выявление опухолей наружной локализации», «Клиника, диагностика, лечение, профилактика кори» и т.д.

Остались незабываемые впечатления от торжественной церемонии награждения победителей конкурса «Самая обаятельная медсестра Алтая - 2015» и активных членов Ассоциации наградами от Министерства здравоохранения РФ. Было очень волнующе: в нашей делегации Наталья Сергеевна Ефименко была награждена поощрительным призом конкурса.

На семинаре мы увидели и поняли, насколько большую роль играет Ассоциация для повышения престижа нашей профессии и совершенствования уровня знаний, что особенно важно для сельских медицинских работников. ☺



У вас появилась боль в поясничной области...

Мочекаменная болезнь (лат. - уролитиаз) - это болезнь обмена веществ, вызванная различными причинами, нередко носящая наследственный характер, которая характеризуется образованием камней в мочевыводящей системе (почках, мочеточниках, мочевом пузыре или уретре).

Основным механизмом заболевания принято считать **врожденный** - небольшое нарушение обмена веществ, что приводит к образованию нерастворимых солей, которые формируются в камни. По химическому строению различают разные камни: ураты, фосфаты, оксалаты и другие.

Наиболее характерными симптомами мочекаменной болезни является **боль в поясничной области**, которая может быть постоянной или периодической, тупой либо острой. Ее интенсивность, локализация и иррадиация (распространение болевых ощущений) зависят от местонахождения и размера камня, степени и остроты обструкции, а также индивидуальных структурных особенностей мочевых путей. Для мочекаменной болезни характерна связь болей с движением, тряской, ездой, тяжелой физической нагрузкой.

Большие камни лоханки и коралловидные камни почки малоподвижны и вызывают тупые боли, чаще постоянные, в поясничной области. **Для небольших камней наиболее характерны приступы почечной колики**, что связано с их миграцией и резким нарушением оттока мочи из чашечки или лоханки. Боли в поясничной области часто иррадируют по ходу мочеточника, в подвздошную область. При продвижении камней в нижнюю треть мочеточника меняется иррадиация болей, они начинают распространяться ниже в паховую область, яичко, головку полового члена у мужчин и половые губы - у женщин. Появляются повелительные позывы к мочеиспусканию, учащенное мочеиспускание, дизурия (нарушение мочеиспус-

кания). Боли продолжаются иногда несколько часов и даже дней, периодически стихая. *Достаточно часто приступ почечной колики может сопровождаться:* ознобом, повышением температуры тела, лейкоцитозом, тошнотой, рвотой, вздутием живота, напряжением мышц живота, гематурией (наличие крови в моче), пиурией (выделение гноя с мочой), дизурией, самостоятельным отхождением камня. Крайне редко наблюдается обтурационная анурия (при единственной почке и двухсторонних камнях мочеточника). Длительное стояние камня без тенденции к самоотхождению приводит к прогрессирующему угнетению функции мочевых путей и самой почки, вплоть до гибели почки.

Проявления мочекаменной болезни могут напоминать симптомы других болезней органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Вот почему врачу-урологу в первую очередь необходимо исключить такие проявления острого живота, как острый аппендицит, маточную и внематочную беременность, желчнокаменную болезнь, язвенную болезнь и другие.

Исходя из этого **определение диагноза «мочекаменная болезнь» включает в себя следующие процедуры:**

- ◆ УЗИ почек, верхних и нижних мочеполовых путей;
- ◆ выполнение обзорной и экскреторной урографии или спиральной компьютерной томографии;
- ◆ клинический анализ крови, мочи, рН мочи;
- ◆ биохимическое исследование крови и мочи;



Наталья Викторовна САВИЧ,

медицинская сестра
цистоскопического
кабинета урологического
отделения, высшая
квалификационная
категория, КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»,
член Ассоциации
с 2003 года



Советы медицинской сестры

◆ посев мочи на микрофлору и определение чувствительности ее к антибиотикам;

◆ биохимические и радиоизотопные исследования функции почек;

◆ ретроградная уретеропиелография, уретеропиелоскопия, пневмопиелография.

Общие принципы лечения мочекаменной болезни включают два основных направления: разрушение конкремента (камня) и коррекция метаболических нарушений. *К дополнительным методам лечения относятся:* улучшение микроциркуляции в почках, адекватный питьевой режим, санация мочевых путей от имеющейся инфекции, диетотерапия, физиотерапия и санаторно-курортное лечение.

После установления диагноза, определения размеров конкремента, его локализации, оценки состояния проходимости мочевых путей и функции почек, а также с учетом сопутствующих заболеваний и ранее проводившегося лечения можно приступать к выбору оптимального метода лечения для избавления пациента от имеющегося камня. **Существуют следующие методы разрушения конкремента:**

◆ различные консервативные методы лечения, способствующие отхождению камня при небольших конкрементах;

◆ симптоматическое лечение, которое чаще всего применяется при почечной колике;

◆ оперативное удаление камня или удаление почки с камнем;

◆ лекарственный литолиз;

◆ «местный» литолиз;

◆ инструментальное удаление спустившихся в мочеточник камней;

◆ удаление камней почек путем экстракции (литолапаксии) или контактной литотрипсии;

◆ уретеролитолапаксия, контактная уретеролитотрипсия;

◆ дистанционная литотрипсия.

В настоящее время для лечения мочекаменной болезни наиболее широко используются **дистанционная литотрипсия (ДЛТ), перкутанная нефролитотрипсия (нефролитолапаксия) (ПНЛ), уретерореноскопия (УРС)**, - благодаря чему число открытых операций сведено до минимума, а в большинстве клиник Западной Европы - до нуля.



Диета пациентов с мочекаменной болезнью предусматривает:

◆ употребление не менее двух литров жидкости в сутки;

◆ в зависимости от выявленных обменных нарушений и химического состава камня рекомендуется ограничение поступления в организм животного белка, поваренной соли, продуктов, содержащих в большом количестве кальций, пуриновые основания, щавелевую кислоту;

◆ положительное воздействие на состояние обмена веществ оказывает потребление пищи, богатой клетчаткой.

Профилактическая терапия, направленная на коррекцию нарушения обмена веществ, назначается по показаниям на основании данных обследования больного. Количество курсов лечения в течение года устанавливается индивидуально под врачебным и лабораторным контролем.

Без профилактики в течение пяти лет у половины больных, которые избавились от камней одним из способов лечения, мочевые камни образуются вновь. Обучение пациента и собственно профилактику лучше всего начинать сразу после самопроизвольного отхождения или хирургического удаления камня. ☺

Интенсивность, локализация и иррадиация боли в поясничной области зависят от местонахождения и размера камня, степени и остроты обструкции, а также индивидуальных особенностей мочевых путей.



КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН

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



«Инфаркт - не приговор» при быстром оказании специализированной медицинской помощи

Отделение острого инфаркта Алтайского краевого кардиологического диспансера представляет его заведующая - врач-кардиолог, доктор медицинских наук И.А. СУКМАНОВА.

- Ирина Александровна, кто проходит лечение в вашем отделении?

- У нас оказывается неотложная кардиологическая помощь жителям города Барнаула и районов Алтайского края как с острым коронарным синдромом (инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией), так и с любыми другими неотложными состояниями.

Порядок поступления пациентов в отделение хорошо отработан: барнаульцы госпитализируются в отделение по скорой помощи в круглосуточном режиме, информация о районных больных поступает в дистанционно-диагностический центр АККД, где так же круглосуточно осуществляются консультации и определяются показания и сроки транспортировки в кардиодиспансер. Если возникает необходимость отправить больного в АККД, в большинстве случаев подключается санитарная авиация.

В нашем отделении уже более 20 лет оказывают помощь пациентам с неотложными кардиологическими состояниями. На сегодняшний день мы располагаем всем необходимым оборудованием для оказания помощи при инфаркте миокарда с помощью современных, общепризнанных во всем мире методов - это баллонная ангиопластика со стентированием коронарных артерий. Данная методика в АККД отработывалась с 90-х годов и на сегодняшний день осуществляется опытными, высококвалифицированными специалистами, что позволяет оказывать помощь максимально быстро и эффективно. **Годами также апробирована этапность оказания помощи при остром инфаркте миокарда.** В нее входят доставка пациента скорой помощью, оперативная работа приемного покоя, прямая транспортировка пациента в рентген-операционную, где проводятся коронароангиография и стентирование инфаркт-связанной артерии и затем - транспортировка пациента в отделение реанимации для последующего наблюдения. Оперативная и точная работа на каждом этапе позволяет получить максимальную результативность.

Сегодня мы совместно с врачами скорой медицинской помощи активно работаем над сокращением времени по доставке пациента с инфарктом миокарда в Алтайский краевой кардиологический диспансер и временем до «открытия» кровотока в коронарной артерии, чтобы максимально приблизиться к рекомендованным мировым стандартам. Подчеркну, что **экстренную специализированную кардиологическую помощь мы оказываем в режиме 7 на 24:** принимаем экстренных больных ежедневно в течение суток.

- Расскажите о тех, кто работает в вашем отделении.

- Оно рассчитано на 75 коек, работают почти 60 человек. Основа коллектива - 13 докторов и 23 медицинские сестры. Так сложилось, что наши врачи - представители трех поколений. С открытия кардиодиспансера - уже четверть века - работают четыре доктора, это наши старейшины. Есть среднее поколение докторов и совсем молодые коллеги, пришедшие после окончания вуза и ординатуры. В коллективе сложились уважительные взаимоотношения, что только способствует успешной работе.

- Сколько пациентов ежегодно проходит через ваше отделение?

- У нас достаточно большой поток пациентов. В 2014 году через отделение прошли **3309 человек**, в 2013-м - 2607. После лечения в нашем отделении пациенты либо выписываются, либо переводятся в отделение реабилитации согласно принятой технологии оказания помощи. В основном у нас лечатся пациенты с острым коронарным синдромом. Больных доставляет скорая помощь. Зачастую пациенты ее вызывают поздно, что приводит к тому, что даже самая профессиональная, современная помощь оказывается безрезультатной. **В 2014 году с инфарктом миокарда в отделении пролечены 966 человек, с нестабильной стенокардией - 808. Это ведущие нозологии отделения.** Более 60% поступающих в отделение пациентов нуждаются в экстренном восстановлении кровотока в коронарной артерии. В связи с тем, что наши возможности позволяют это выполнить, **достигнут низкий показатель летальности от инфаркта миокарда:** в 2014 году он составил **11,8%** (в то же время по России средний показатель 17%).

Достигнутым результатам способствуют отработанные годами этапность и своевременность оказания современной специализированной помощи, а также профессионализм наших врачей. ☺

Л.В. Юрченко



Острый коронарный синдром: факторы риска, современные методы лечения и самопомощь



**Ирина Александровна
СУКМАНОВА,**

доктор медицинских наук,
врач-кардиолог, высшая
квалификационная
категория, заведующая
кардиологическим
отделением для больных
с острым инфарктом
миокарда, КГБУЗ
«Алтайский краевой
кардиологический
диспансер»

Сердце - сложный орган человеческого тела. На протяжении всей жизни он постоянно качает кровь, снабжая через артериальную сеть кислородом и жизненно важными питательными веществами все ткани организма.

Для выполнения этой напряженной задачи сердечная мышца сама нуждается в достаточном количестве обогащенной кислородом крови, которая доставляется к нему через сеть коронарных артерий. Эти артерии несут обогащенную кислородом кровь к мышечной стенке сердца (миокарду).

Острый коронарный синдром (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия) **является одним из наиболее серьезных исходов атеросклероза.** Это тяжелое и внезапное состояние, которое при необходимом интенсивном лечении не превращается в развернутый сердечный приступ.

Острый коронарный синдром (ОКС) включает в себя:

- ◆ *нестабильную стенокардию*, которая является потенциально серьезным состоянием. При нем анализы крови не показывают маркеров некроза миокарда;

- ◆ *инфаркт миокарда без подъема сегмента ST* (не Q-инфаркт миокарда). Он диагностируется, когда анализы крови и ЭКГ выявляют признаки повреждения миокарда, который не захватывает полную толщину сердечной мышцы;

- ◆ *инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST* - самое тяжелое состояние, при котором полностью прекращается кровоток по одной из коронарных артерий и появляются признаки обширного повреждения (некроза) миокарда.

Острый коронарный синдром происходит по причине того, что в атеросклеротической бляшке развиваются трещина или разрыв. Тромбоциты задерживаются в этом участке для герметизации, и формируется сгусток крови (тромб), который частич-

но или полностью блокирует прохождение обогащенной кислородом крови к сердцу.

Существуют общие признаки и симптомы острого коронарного синдрома (сердечного приступа):

- ◆ *боль в груди или дискомфорт* (стенокардия), которые могут проявляться чувством сдавливания, сжатия, полноты или боли в центре груди. При сердечном приступе боль обычно длится в течение нескольких минут, она может увеличиваться и уменьшаться по степени интенсивности;

- ◆ люди, которые испытывают сердечный приступ, могут чувствовать *неприятные ощущения в руках, шее, спине, челюсти или желудке*;

- ◆ происходит *затруднение дыхания*;

- ◆ появляются *тошнота и рвота*;

- ◆ *холодный пот*;

- ◆ *головокружение или обморок.*

Менее характерны для сердечного приступа следующие симптомы:

- ◆ острая боль при дыхании или кашле;

- ◆ боль, которая в основном или только в середине или внизу живота;

- ◆ боль, которая может быть вызвана прикосновением;

- ◆ боль, которая может быть вызвана при движении или нажатии на грудную стенку или руку;

- ◆ боль, которая является постоянной и длится в течение нескольких часов (не следует выжидать несколько часов, если есть подозрение, что начался сердечный приступ!);

- ◆ боль, которая является очень короткой и длится в течение нескольких секунд;

- ◆ боль, которая распространяется на ноги.

Однако наличие этих признаков не всегда исключает серьезное заболевание сердца!



Коронарный клуб

Факторы риска ИБС и ОКС

Возраст. Риск ишемической болезни сердца (ИБС) увеличивается с возрастом. Около 85% людей, которые умирают от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), имеют возраст старше 65 лет. У мужчин, в среднем, первый сердечный приступ развивается в 66 лет.

Пол. Мужчины имеют больший риск развития ИБС и сердечных приступов в более раннем возрасте, чем женщины, у которых риск ССЗ возрастает после менопаузы и они начинают страдать стенокардией больше, чем женщины.

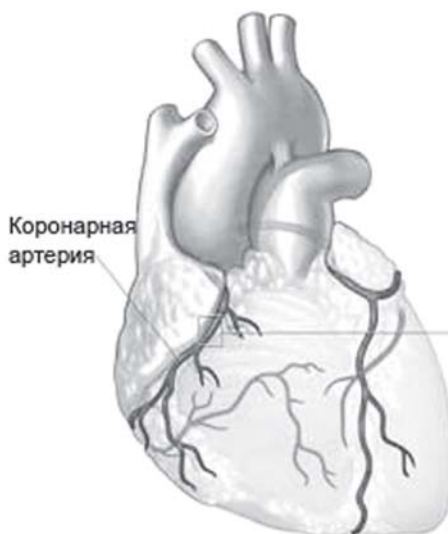
Генетические факторы и семейная наследственность. Некоторые генетические факторы увеличивают вероятность развития факторов риска - таких, как диабет, повышенный уровень холестерина и высокое кровяное давление.

Ожирение и метаболический синдром. Избыточное отложение жира, особенно вокруг талии, может увеличить риск сердечно-сосудистых заболеваний. Ожирение также способствует развитию высокого кровяного давления, диабета, которые влияют на развитие заболеваний сердца. Ожирение особенно опасно, когда оно является частью метаболического синдрома - преддиабетического состояния, ассоциируемого с заболеваниями сердца.

Метаболический синдром диагностируется, когда имеются три условия из нижеперечисленных:

◆ **повышенный уровень холестерина.** Липопротеины низкой плотности (ЛПНП) - это холестерин «плохой», ответственный за многие проблемы с сердцем. Триглицериды являются еще одним типом липидов (жировые молекулы), которые могут быть вредны для сердца. Липопротеины холестерина высокой плотности (ЛПВП) - это «хороший» холестерин, который помогает защитить от сердечно-сосудистых заболеваний. Врачи анализируют профиль «общего холестерина», который включает измерения ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов. Соотношения этих липидов могут повлиять на риск развития сердечно-сосудистых заболеваний;

◆ **высокое артериальное давление** (гипертония) связано с развитием ИБС и сердечного приступа. Нормальные цифры кровяного давления - 120/80 мм.рт.ст. Высоким кровяным давле-



Коронарная артерия под увеличением

нием, как правило, считается артериальное давление больше 140 мм.рт.ст. (систолическое) или больше 90 мм.рт.ст. (диастолическое). Предгипертонией считается артериальное давление с цифрами 120-139 (систолическое) или 80-89 (диастолическое), которое указывает на повышенный риск развития гипертонии;

◆ **диабет**, особенно для людей, чей уровень сахара в крови не очень хорошо контролируется, значительно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. На самом деле, болезни сердца и инсульты являются ведущими причинами смерти у людей с диабетом. Люди с этим заболеванием также имеют высокий риск развития артериальной гипертонии и гиперхолестеринемии, нарушения свертываемости крови, болезни почек и нарушения функции нервов - и каждый из этих факторов может привести к повреждению сердца;

◆ **сниженная физическая активность.** Упражнения обладают рядом эффектов, которые приносят пользу сердцу и кровообращению, в том числе влияют на уровень холестерина и артериального давления и поддержание веса. Люди, которые ведут малоподвижный образ жизни, почти в два раза чаще страдают сердечными приступами по сравнению с людьми, которые регулярно занимаются спортом;

◆ **курение** является наиболее важным фактором риска развития ССЗ. Оно может влиять на повышение кровяного давления, вызывает нарушение липидного обмена и делает тромбоциты очень липкими, повышая риск тромбообразования. Хотя заядлые курильщики подвергаются наибольшему риску, но и люди, которые курят три сигареты в день, имеют также вы-

Формирование острого коронарного синдрома: в атеросклеротической бляшке развиваются трещина или разрыв, в которых задерживаются тромбоциты для герметизации, образуется сгусток крови (тромб), частично или полностью блокирующий прохождение обогащенной кислородом крови к сердцу.





Любой человек, у которого развиваются симптомы сердечного приступа, должен как можно быстрее связаться с экстренными службами! Добираться самостоятельно до ЛПУ не рекомендуется!

сокий риск поражения кровеносных сосудов, что может привести к нарушению кровоснабжения сердца. Регулярное воздействие пассивного курения также увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний у некурящих;

◆ **алкоголь.** Умеренное употребление алкоголя (один бокал красного сухого вина в день) может помочь повысить уровень «хорошего» холестерина (ЛПВП). Но уже пьянство вредит сердцу: и на самом деле - сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти алкоголиков;

◆ **диета** может играть важную роль в защите сердца, особенно за счет сокращения пищевых источников транс-жиров, насыщенных жиров и холестерина и ограничения потребления соли, которая способствует высокому кровяному давлению.

Экстренное лечение ОКС

Люди, испытывающие симптомы сердечного приступа, обязательно должны выполнить определенные действия!

Больные стенокардией при появлении симптомов должны принять **одну дозу нитроглицерина** (таблетку под язык или в аэрозольной форме). Затем еще одну дозу - каждые 5 минут, до трех доз или до уменьшения боли.

Позвоните «03» или наберите местный номер экстренной службы. Это должно быть сделано в первую очередь, если три дозы нитроглицерина не помогают снять боль в груди. Помните: только 20% сердечных приступов происходят у пациентов с ранее диагностированной стенокардией. Поэтому **любой человек, у которого развиваются симптомы сер-**

дечного приступа, должен как можно быстрее связаться с экстренными службами!

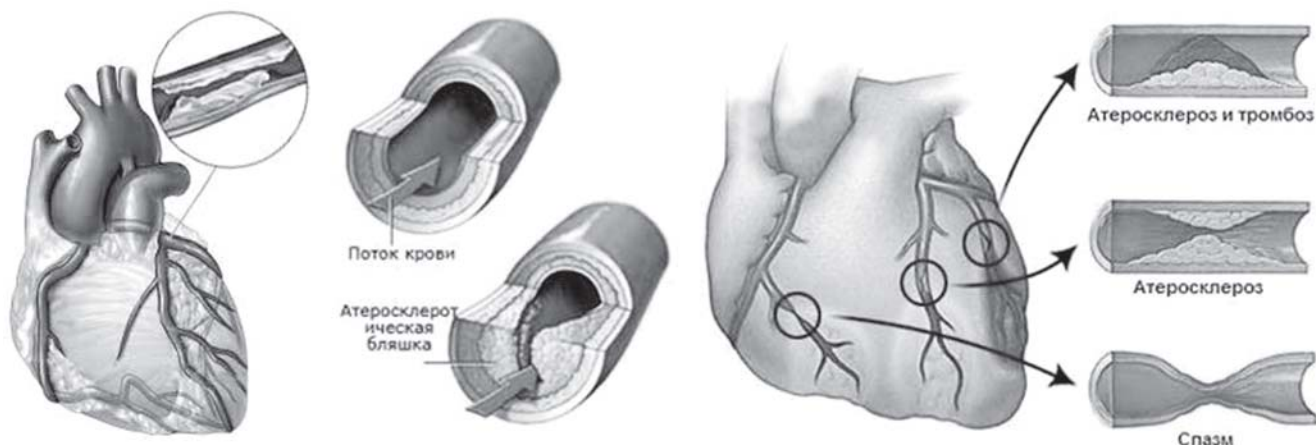
Пациент должен **разжевать аспирин (250-500 мг)**, о чем нужно сообщить прибывшей экстренной службе: так как дополнительную дозу аспирина в этом случае принимать не нужно.

Пациент с болью в груди должен быть немедленно доставлен в ближайшее отделение неотложной помощи, предпочтительно на машине скорой помощи. **Добираться самостоятельно не рекомендуется.**

Ангиопластика со стентированием, которое также называется **чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)**, является процедурой, которая **должна быть выполнена в течение 90 минут от момента развития сердечного приступа**. Пациенты, страдающие от сердечного приступа, должны быть доставлены в больницу, оборудованную для выполнения этого вмешательства как можно раньше (в г. Барнаул это - Алтайский краевой кардиологический диспансер).

Ангиопластика (ЧКВ) включает следующие этапы:

- ◆ устанавливается узкий катетер (трубка) в коронарную артерию;
- ◆ проводится восстановление провета сосуда при раздувании маленького баллона (баллонная ангиопластика);
- ◆ после сдувания баллона просвет сосуда увеличивается;
- ◆ чтобы сохранить просвет артерии открытым на длительное время, используется устройство - коронарный стент. Это расширяемая трубка из металлической сетки, которая имплантируется в артерию во время ангиопластики. Стент может



состоять из голого металла, а может быть покрыт специальным препаратом, который медленно высвобождается в рядом лежащую стенку сосуда;

◆ стент восстанавливает просвет сосуда. Очень важно для пациентов, которым имплантированы стенты, **принимать дезагреганты** (аспирин, клопидогрел или тикагрелор) **как минимум 1 год после стентирования**, чтобы уменьшить риск образования тромбов. Эти препараты предотвращают слипание тромбоцитов.

Фибринолитическая терапия должна быть проведена **в течение 60 минут от сердечного приступа**: если центр, который выполняет ЧКВ, недоступен, после тромболитического лечения пациент в течение 24 часов должен быть переведен в отделение для ЧКВ.

Коронарное шунтирование, как правило, используется в качестве плановой операции, но может иногда проводиться после сердечного приступа при неуспешной ангиопластике или тромболитической терапии. Оно выполняется в течение нескольких дней, чтобы позволить восстановиться сердечной мышце.

Какие факторы увеличивают степень тяжести сердечного приступа

Наличие этих состояний во время сердечного приступа может способствовать ухудшению прогноза:

◆ **аритмии** (нарушение сердечного ритма). Фибрилляция желудочков является опасной аритмией и одной из основных причин ранней смерти от сердечного приступа. Аритмии чаще происходят в течение первых 4 часов от сердечного приступа, и они связаны с высокой смертностью. Однако пациенты, которые успешно лечатся, имеют тот же долгосрочный прогноз, как и пациенты без аритмии;

◆ **кардиогенный шок**. Эта очень опасная ситуация связана с очень низким кровяным давлением, пониженным отделением мочи и метаболическими нарушениями. Шок происходит в 7% случаев сердечных приступов;

◆ **блокада сердца**, так называемая атрио-вентрикулярная (AV) или синоатриальная блокада, - это состояние, при котором электрическая проводимость нервных импульсов к мышцам в сердце замедляется или прервана. Хотя блокада сердца опасна, она может быть эффективно вылечена с помощью кардиостимулятора и редко вызывает какие-либо долгосрочные осложнения у пациентов, которые выжили;

◆ **сердечная недостаточность**. Поврежденная сердечная мышца не в состоянии перекачивать кровь, необходимую для функционирования тканей. Пациенты испытывают усталость, возникает одышка, происходит задержка жидкости в организме.

Диагностика ОКС

В больнице пациенту с болями в груди проводятся следующие диагностические шаги для определения проблем с сердцем и их тяжесть, если они присутствуют:

◆ *пациент должен сообщить врачу обо всех симптомах*, которые могут свидетельствовать о проблемах с сердцем, или наличии других серьезных заболеваний;

◆ **электрокардиограмма (ЭКГ)** - запись электрической активности сердца - является ключевым инструментом для определения того: связаны ли боли в груди с проблемами в сердце, и если да, то насколько серьезными они являются;

◆ **анализы крови** выявляют повышение уровней определенных факторов (тропонинов и КФК-МВ), указывающих на поражение сердца (врач не будет ждать результатов до начала лечения, особенно, если он заподозрил сердечный приступ);

◆ **методы визуальной диагностики**, в том числе эхокардиография и перфузионная сцинтиграфия, помогают исключить сердечный приступ, если остались какие-либо вопросы;

◆ **биологические маркеры повреждения миокарда** - тропонины. Белки сердечного тропонина Т и I высвобождаются, когда сердечная мышца повреждена, и они являются лучшими диагностическими признаками сердечных приступов, помогая их диагностировать и подтвердить диагноз у пациентов с ОКС;

◆ **креатинкиназы миокарда (КФК-МВ)**. Это стандартный маркер, но его чувствительность меньше, чем у тропонина. Повышенные уровни КФК-МВ могут наблюдаться у людей без сердечной патологии.



Лечение ОКС

Какие существуют методы лечения сердечного приступа и острого коронарного синдрома:

◆ **кислородная терапия**;

◆ **облегчение боли и дискомфорта** с использованием нитроглицерина или морфина;

◆ **коррекция аритмии** (неправильного сердечного ритма);

◆ **блокирование дальнейшего свертывания крови** (если возможно) с использованием аспирина или тикагрелора или клопидогреля, а также антикоагулянтов: гепарин, эноксапарин, фондапаринукс;

◆ **открытие артерии**, в которой произошло нарушение кровотока, нужно произвести как можно быстрее путем проведения ангиопластики или с помощью лекарств, растворяющих тромб;

◆ **назначаются бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов или ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента**, чтобы улучшить работу сердечной мышцы и коронарных артерий, а также **статины** - для стабилизации атеросклеротической бляшки, предотвращения «разрастания» сосудистого эндотелия за счет противовоспалительного эффекта. Ⓢ



Ожирение - глобальная проблема XXI века



Надежда Григорьевна ВЕСЕЛОВСКАЯ,
доктор медицинских наук,
врач-кардиолог, высшая
квалификационная
категория, старший
научный сотрудник отдела
мультифокального
атеросклероза НИИ
комплексных проблем
сердечно-сосудистых
заболеваний СО РАМН

Ожирение и избыточная масса тела превратились в эпидемию, которая сопровождается повышенным риском развития клинически важных сопутствующих заболеваний.

Людей с ожирением с каждым годом всё больше: Россия занимает третье место по числу пациентов с этой проблемой, пропуская вперед Мексику и США.

Ожирение - сложное хроническое нарушение липидного обмена с избыточным накоплением жира в разных частях тела, сопровождающееся увеличением массы тела и последующим развитием различных осложнений. Оно является результатом превышения поступления калорий в организм с пищей над расходом калорий, особенно при дефиците движений.

Ожирение - это болезнь, а не психологическая проблема, для которой характерны низкая дисциплинированность или слабая сила воли.

Избыточная масса тела и ожирение определяют риск развития сахарного диабета второго типа, артериальной гипертензии, ИБС, атеросклероза, варикозной болезни, тромбозов, холецистита, артритов, остеохондроза, плоскостопия, подагры, синдрома Пиквика (приступы гиповентиляции и сонливости вплоть до остановки дыхания во сне).

Определить наличие ожирения можно по общепринятой формуле индекса массы тела:

$$BMI (ИМТ) = m/h^2,$$

где *m* - масса тела человека (в кг), а *h* - рост человека (в метрах).

Выделяют следующие значения ИМТ:

- ◆ меньше 15 - острый дефицит веса;
- ◆ от 15 до 20 - дефицит веса;
- ◆ от 20 до 25 - нормальный вес;
- ◆ от 25 до 30 - избыточный вес;
- ◆ свыше 30 - ожирение.

Целью лечения ожирения является постепенное снижение массы тела до реальных значений, а также предотвращение последующих заболеваемости и летальности, связанных с этим заболеванием.

Какие цели преследует коррекция массы тела:

- ◆ предотвращение дальнейшего увеличения массы тела;
- ◆ уменьшение массы тела на 10-15% (от исходных значений);

- ◆ снижение риска для улучшения качества и увеличения продолжительности жизни;

- ◆ поддержание достигнутых значений веса на протяжении длительного времени.

Причем последний пункт является более трудной задачей, чем само похудение. Оно требует пожизненной коррекции образа жизни, поведенческих реакций и диетотерапии. Поэтому программы коррекции массы тела должны подчеркивать **непрерывность такой терапии на протяжении всей жизни.**

Основой лечения ожирения являются ограничение калорийности питания и увеличение физической активности, достижение энергетического баланса, что входит в понятие образа жизни. К сожалению, только 30% пациентов с ожирением соблюдают рекомендации врача.

Лечение избыточной массы тела и ожирения является многоступенчатым процессом, который включает ряд обязательных исследований, изменение образа жизни, медикаментозную терапию и в некоторых случаях хирургическое лечение. Не следует забывать о том, что медикаментозная терапия ожирения рекомендуется как дополнение к модификации образа жизни.

Изменение образа жизни включает отношение к своему питанию, физической активности и массе тела. Пациенты должны ежедневно вести журнал самоконтроля, взвешивать



Сердечный разговор с кардиологом

продукты питания и оценивать их калорийность. Можно участвовать в занятиях закрытых групп поддержки (10-20 человек), которые помогут создать положительные эмоции, способствуют самоутверждению, позволят визуально оценивать успехи других пациентов.

Основные правила питания в борьбе против ожирения:

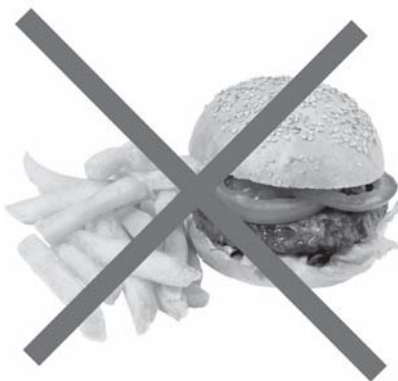
- ◆ ограничение калорийности питания;
- ◆ значительное уменьшение употребления жиров, в особенности животного происхождения;
- ◆ максимальное уменьшение приема пищи в вечернее время суток;
- ◆ употребление во второй половине дня только пищи растительного происхождения;
- ◆ прием пищи не менее пяти раз в день маленькими порциями;
- ◆ все пищевые ограничения пациента должны распространяться на всю семью. Дома не должны находиться продукты, которые «запрещены» пациенту.

Физическая активность - необходимая часть в программе снижения веса, так как является эффективным способом сжигания лишних калорий. Упражнения, помимо всего прочего, снижают стресс, повышают уровень энергии, активизируют обмен веществ в организме, улучшают питание клеток, выступают в качестве профилактического средства против развития и прогрессирования многих хронических заболеваний.

Старайтесь больше заниматься различными видами двигательной активности, которые приносят вам удовольствие и в которых вы можете почувствовать заметный прогресс относительно текущего уровня. Например, можно начать с легких прогулок в течение первой недели. Следующую неделю половину пути можно пройти в обычном темпе, а вторую - пробежать и т.д.

Вот несколько идей, как сделать двигательную активность частью своей повседневной жизни:

- ◆ паркуйте свой автомобиль по возможности подальше от дома или работы, чтобы часть пути пройти пешком;
- ◆ старайтесь, если возможно, ходить пешком туда, куда вы привыкли ездить;
- ◆ выходите из автобуса за несколько остановок до места назначения;
- ◆ прогуливайтесь во время обеденного перерыва;



- ◆ как можно чаще пользуйтесь лестницей вместо лифта или эскалатора;
- ◆ занимайтесь периодически стрижкой газонов;
- ◆ гуляйте с собакой;
- ◆ занимайтесь домашним хозяйством, например, пропылесосьте комнаты, помойте пол на кухне, заправьте постель и т.д.

Каковы принципы медикаментозной терапии при лечении ожирения?

Препараты могут использоваться только как часть комплексной программы, включающей диету и увеличение физической активности. При этом препараты не должны использоваться самостоятельно.

Современная официальная медицина отдает предпочтение лекарственным препаратам, клиническая эффективность которых доказана многими многоцентровыми, плацебо контролируемыми и рандомизированными исследованиями с применением принципов доказательной медицины. Медикаментозные средства, применяемые для снижения массы тела, подразделяют на две основные группы: препараты для уменьшения аппетита и препараты, снижающие всасывание питательных веществ (жиров, углеводов и др.), - диетические корректоры. Также выделяют ряд других препаратов, включающих микроэлементы, витамины, аминокислоты, пептиды, гормоны и другие.

Помните, что применение лекарственных средств возможно только после назначения врача!

Двигательная активность, укрепляющая сердечно-сосудистую систему: быстрая ходьба, езда на велосипеде, бег, плавание, водное поло, круговая тренировка, тренажеры для гребли, аэробика, «бегущая дорожка» и ступеньки.



Они не мерзнут в ледяной воде

В мае для многих из нас по-прежнему кажется странным купание в реке или озере - вода-то еще не успела прогреться солнцем. Мы же рассказываем о событии, прошедшем еще раньше.

В начале апреля на озере Пионерском прошел Открытый чемпионат Барнаула, посвященный 70-летию Победы. Он стал завершением зимнего сезона. Участники соревнований - моржи - приехали из Новокузнецка и Томска, Новосибирска и Кемерово. Люди самых разных возрастов в выходной день отложили дела просто потому, что заплыв в ледяной воде для них связывается только с положительными эмоциями. К тому же такие соревнования, как убедилась я лично, - это всегда встреча добрых друзей.

Хочу пояснить особенность озера. Благодаря двум энтузиастам-изобретателям создано нехитрое устройство, которое позволяет не замерзнуть в воде даже зимой, поэтому без особого труда здесь организовываются заплывы на дистанции в 25 метров. Постепенно обустроился берег: появились раздевалка и даже баня, без которой трудно согреться после зимнего заплыва.

Как у любых соревнований, началом чемпионата стало торжественное построение. Атмосфера позитива, полной демократичности соревнований была очевидна с первых минут мероприятия. Приехали семьями. В программу соревнований включена эстафета



и марафонский заплыв на 300м и 500м, но самое первое испытание - дистанция 25м у женщин и 50м - у мужчин с коррекцией на возрастные группы.

И конечно, героем дня стал **Александр ЗЕЛЕНЕЦКИЙ**, президент Федерации закаливания и спортивного зимнего плавания Алтайского края «Белые медведи», недавно вернувшийся с



Чемпионата мира по экстремальному плаванию (Мурманск). Кстати, он меньше всего чувствовал себя героем и главной целью своего выступления считал донести до присутствующих, что в таких соревнованиях всегда интересно и важно принимать участие. Преодоление себя, испытание своих возможностей - важно в любом возрасте. Но, безусловно, такое участие требует предварительной серьезной подготовки.

- Александр Викторович, каждый год проходят открытие и закрытие сезона?

- Именно так. Более того, у нас в год проходит около трехсот мероприятий, которые мы организуем сами или в которых принимаем участие. Люди тренируются в свободное время, приходят плавать - каждому это важно. В зимний период нам помогает это озеро.

- Поклонников моржевания становится больше?

- Да, даже при отсутствии своей базы. Мы достойно выступаем на соревнованиях: чемпионатах России, мира, на республиканских соревнованиях. Понятно, что туда без подготовки никто не поедет. Многие из нашей команды занимаются параллельно разными видами спорта, что помогает быть в хорошей физической форме.

- Какие у моржевания преимущества?

- Во-первых, это экстремальный вид, требующий и психологической, и физической подготовки. Во-вторых, всегда соревнования проходят на таком эмоциональном подъеме, который едва ли повторяется в других видах. В то же время каждому участнику достаточно непросто справиться психологически с холодной нагрузкой. Но если преодоление состоялось, испытываешь такую эйфорию, наслаждение!



Плавание на больших дистанциях (500м или 1км) по праву приравнивается к олимпийским видам спорта, где для достижения победы отдаются силы, энергия в больших объемах и после соревнований обязательно должно последовать серьезное восстановление. Для оздоровления достаточно плавания на коротких дистанциях - 25м и 50м. После финиша - обязательны растирание тела, горячий чай, согревание в бане. Выполнение таких правил достаточно комфортно для организма и полезно для здоровья. Разумеется, если вы решили заниматься экстремальным плаванием, отказ от дурных привычек - курения и злоупотребления алкоголем - даже не обсуждается. Это одно из обязательных условий. Иначе какой смысл в плавании и закаливании?

Новичкам мы сразу это объясняем. Лично я не курю, не пью, к этому и других призываю.

Нашим праздником считаем Всемирный день здоровья, отмечаемый 7 апреля. Этой дате тоже посвящаем мероприятия. Заметьте, наши встречи проходят весело и интересно, при этом нет ни грамма спиртного. Это не мешает поздравлять именинников и победителей прошедших накануне соревнований.

Надеюсь, что зимнее плавание станет признанным видом спорта в Барнауле и финансирование будет другим, что позволит вручать победителям соревнований достойные призы.

- Сколько лет вы занимаетесь экстремальным плаванием?

- С 1990 года, уже 25 лет. Я становился участником многих заплывов. За моими плечами много преодоленных метров, немало побед и наград. Но главное - крепкое здоровье и, повторю, позитив, который при других занятиях едва ли получишь.

- Чем запомнится участие в Чемпионате мира в этом году?

- Предстояло проплыть 1000 метров. Ограничили одежду - никакого утепления, всё как в бассейне: шапочка, плавки. Неопреновые шорты и шапка попали под запрет, а ведь они хоть как-то защищают от



холода, тепло от головы уходит меньше. После того, как проплыл 600м, руки онемели как никогда, я их абсолютно не чувствовал. Серьезно думал сойти с дистанции, но решил побороться - и финишировал достойно. Вышел из воды отлично, посторонняя помощь не потребовалась. Стал чемпионом мира. Честно скажу, плавание на такие большие дистанции не практикую, это не самоцель. Но в данном случае отстаивал честь Родины. И россияне стали лучшими из команд, представлявших семнадцать стран. В нашей команде было шесть человек, и все хорошо выступили.

- Есть мечта у вас как лидера, большого энтузиаста этого вида спорта?

- Даже по этим соревнованиям видно, что участники в основном - это представители старшего поколения, молодые занимаются мало. И одной из причин является элементарно отсутствие современных условий: раздевалок, площадок и т.д. Старшее поколение к этому непритязательно. У них есть главная цель - сохранить здоровье и активность, поэтому они легко становятся единомышленниками. Я постоянно удивляюсь: молодые могут день провести у компьютера. Вероятно, они получают больше информации, чем мы в свое время, но на физическом уровне при этом сильно проигрывают. В нашей секции занимаются люди разных возрастов: от 10 до 90 лет. И я рад этому, не устаю пропагандировать плавание в холодной воде.

- Александр Викторович, допустим, человек прочитал эту статью и захотел заняться экстремальным плаванием. Как вы ему можете помочь в этом?

- Позвонить по телефону: 8913-082-0125 или 8963-500-6242 и прийти к нам. Для помощи и поддержки прикрепляем к новичку опытного человека, который подходит по темпераменту, интересен в общении, имеет опыт плавания. Можно получить информацию на сайте «Советский морж». Там есть и информация о нашей Федерации «Белые медведи». К сожалению, литература об этом виде спорта отсутствует, но зато есть опытные товарищи, которые готовы все объяснить. ▶



◀ Данил Масеев, 12 лет, Барнаул:

- Я не первый раз участвую в соревнованиях. Плаваю год - эту и предыдущую зиму. Мне нравится. По натуре я смелый, хожу в бассейн, хорошо плаваю любым стилем. В соревнованиях участвуют две мои бабушки, мама и старший брат Максим. Я уже побеждал на соревнованиях в Барнауле, Новосибирске, Китае. В Новосибирске соревновался с теми, кому уже 17-18 лет, но все равно занял второе место!

Дмитрий Саворстин, Томск:

- В Томске клуб любителей зимнего плавания - «Томские моржи». Мы собираемся в субботу, воскресенье, бывает до 70 человек. Ранней весной погружаемся в воду практически каждый день. Прорубь меньше замерзает за ночь, поэтому легче ее приготовить к заплыву в это время года. Контингент самый разный. В прошлый выходной искупалась девочка 2,5 лет, причем, она сама этого заходила. Есть 7- и 9-летние ребята. Самому старшему участнику - 76 лет. Приезжают семьями с детишками. Есть примеры участия нескольких поколений одной семьи: бабушка, бабушка, мама, двое детей. К сожалению, у нас нет такой проруби, которая бы не замерзала, поэтому в заплывах на дистанции участвуем в Новосибирске, Бердске. В Барнаул приехали первый раз. Хорошо, что у вас много энтузиастов этого вида спорта. Призываю всех присоединиться и попробовать радость заплыва. Вода - родная среда для каждого человека, а этот вид спорта для сибиряков является самым доступным.

Андрей Верчук, Новокузнецк:

- Я недавно стал заниматься зимним плаванием - всего два месяца. Придало смелости для участия в соревнованиях то, что в молодости я закалялся, ходил босиком по снегу. Так что необходимый запас прочности есть. Наш клуб называется «Сибирский закал». В нем состоят и спортсмены, в прошлом прославившие себя победами. Например, Алла Дмитриева - мастер спорта СССР по лыжным гонкам, входила в состав сборной СССР. Я работаю тренером по футболу с ребятами школьного возраста, привлекаю своих воспитанников также к участию в соревнованиях по зимнему плаванию. Считаю, что результаты в футболе тоже будут лучше, поскольку такой вид плавания закаляет силу воли, характер, формирует умение побеждать. ☺

Л.В. Юрченко



Вы решили стать моржом...

Моржевание достаточно популярно сегодня. Вспомните, как в январский праздник Крещения самые разные люди отправляются на водоем - к проруби. И далеко не все из них имеют необходимую подготовку для этой процедуры, а просто подчиняются общему движению. Если вы решили испытать новые для себя ощущения, надо обязательно выполнить несколько правил.

Нельзя нырять в прорубь без предварительной подготовки, даже если у вас нет медицинских противопоказаний для этого. **Закаливание должно стать системой и занять несколько месяцев.** В идеале работа в этом направлении начинается со второй половины лета.

Полезно использовать каждую возможность искупаться в естественном водоеме: реке, озере, море. Если продолжать купание тогда, когда температура воды станет постепенно снижаться, можно быстрее приспособить себя к холодной воде.

В домашних условиях проводите процедуры обливания. Это может быть ежедневный душ с постепенным снижением температуры воды на один градус - в среднем раз в пять дней. «Стартовая» вода должна быть в районе 36 градусов. Возможен и другой вариант закаливания: ножные ванны. Можно проводить контрастные водные процедуры: контрастный душ или контрастные ванны для ног с последовательной сменой температуры воды с холодной на теплую.

После каждой закаливающей процедуры надо активно подвигаться и растереть тело теплым и сухим полотенцем, чтобы заставить кровь быстрее циркулировать. Согреваться нужно горячим чаем и непременно после этого утеплять ноги.

В прорубь можно нырять не раньше, чем после нескольких месяцев подобной домашней подготовки. С наступлением первых холодных дней желательно совершать регулярные выходы на морозный воздух в легкой одежде на непродолжительное время. При этом согреваться нужно физическими упражнениями, повышающими температуру крови.

Если после погружения в прорубь водоема человек чувствует дрожь во всем теле, которая долго к тому же не проходит, то это означает, что подготовка организма к холодным процедурам недостаточна.

Из опыта тех, кто несколько лет занимается моржеванием, можно заключить, что **важно научиться**





слушать свой организм. Экстремальная ситуация, которую вы для него создаете, должна дозироваться. Так, даже на соревнованиях неизменно предлагается несколько вариантов участия и человек сам должен трезво оценить свои силы.

Не стоит заниматься моржеванием больше трех раз в неделю, особенно поначалу. Организм нуждается в восстановлении после экстренной мобилизации собственных ресурсов. Можно даже сделать перерыв, например, в середине зимнего периода, когда особенно морозно и резко возрастает шанс возникновения осложнений. Чтобы не терять форму и летом, рекомендуется не забывать о физических нагрузках: помогут километровые пробежки, другие интенсивные упражнения.

В чем польза?

Моржевание, как оздоровительная и закаливающая процедура, известно много веков, и не только в нашей стране. В России погружения в ледяную прорубь достаточно часто сочетали с походом в баню для более контрастного и целебного влияния на организм. Но само моржевание оказывает лечебное действие только на подготовленного человека. А вот для неподготовленных людей результат может оказаться плачевным: переохлаждение и, как следствие, простуда - минимальные последствия погружения в холодную воду.

Если же ваш организм достаточно закален, а вы психологически подготовлены и преодолели свой страх, моржевание, в частности, при регулярно повторяющихся курсах, непременно окажет свое позитивное, оздоровительное воздействие на организм. Однако здесь нужно помнить, что от одного-единственного погружения болезни не исчезнут, и если достигнуты некоторые улучшения самочувствия, это еще не означает, что о собственных прошлых болезнях можно забыть. Если перестать подвергать свой организм постоянным физическим нагрузкам, а также употреблять спиртное и питаться неправильно, весь благотворный эффект от моржевания может быть быстро нивелирован.

Как же действует на организм погружение в холодную воду? С учетом влияния низкой температуры воды резко сжимаются периферийные сосуды, кровь приливает к внутренним органам и наполняет капилляры. Благодаря этому происходит насыщение

организма кислородом и омоложение сосудов. В целом, закаливающие процедуры способны активизировать защитные и согревающие системы организма, которые начинают работать на пределе возможностей. Именно поэтому в первые мгновения холод не может ощущаться так сильно, зато когда ресурсы организма оказываются использованными, наступает состояние нервного истощения, у неподготовленных людей может начаться мышечная дрожь - рефлекторная реакция организма.

У моржей биологический возраст организма зачастую меньше реального, и они почти всегда чувствуют себя бодрыми, полными сил и здоровыми. При тщательно спланированных активных регулярных занятиях моржеванием **укрепляется иммунитет:** моржи действительно простужаются гораздо реже, чем обычные люди. Кроме того, зафиксировано множество случаев, когда морж после регулярных погружений начинал ощущать себя намного лучше, уходили некоторые болезни, повышалось общее состояние.

Противопоказания

Никакой самодеятельности при занятиях купанием в проруби быть не должно! Обязательно проконсультируйтесь с вашим лечащим врачом! Вступите в клуб зимнего плавания или моржевания, чтобы находиться под постоянным контролем специалиста и более опытных товарищей. В противном случае можно получить не пользу, а только вред и пагубные последствия. В занятиях зимним плаванием должны соблюдаться постепенность и последовательность.

При несоблюдении техники закаливающей безопасности моржевание может стать провокатором очень серьезных заболеваний. **Людям со слабым сердцем и сосудистой системой и больным с осложнениями в дыхательной системе нельзя купаться в слишком холодной воде! Совершенно недопустимо прыгать в прорубь людям, которые перенесли инфаркт миокарда и страдают заболеваниями почек.**

Моржевание не пойдет на пользу, а может подорвать здоровье людей, подверженных заболеваниям **эпилепсии** или **имеющих нарушения кровообращения мозга, повышенное давление, отклонения в работе щитовидной железы.** Еще не стоит окунаться в холодную воду людям с **вирусными заболеваниями** и **склонностью к судорогам.** Когда речь идет о ежедневном купании и несоблюдении рекомендаций специалистов, даже у опытных моржей может нарушиться гормональная система. Ведь каждое новое погружение - это не только физические нагрузки, но и психологическое потрясение для вашего организма. Поэтому эмоциональные моменты (уверенность в себе, преодоление страха, отсутствие барьера перед холодом) - это такие же элементы закаливания, как и само погружение в прорубь. Многие бывалые моржи обычно говорят о поразительном чувстве эмоциональной легкости, повышенном настроении, сопутствующем холодным нагрузкам.

Если человек не подготовлен и чувство страха перевешивает над другими эмоциями, то впечатления будут негативными. Нужно помнить об этом прежде, чем решиться испытать свою силу воли. ☺





Все проблемы - от мозга

Краевой эпилептологический Центр создан на базе КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» для оказания квалифицированной первичной специализированной и специализированной медицинской помощи детям и подросткам с эпилепсией, судорожными и пароксизмальными состояниями, детям-инвалидам с эпилепсией. Работа Центра строится на функциональном взаимодействии с КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей».

В задачи Центра входит также научно-исследовательская работа в соответствии с утвержденными направлениями с целью разработки и внедрения в практику здравоохранения эффективной системы лечебно-профилактической помощи детям с эпилепсией и пароксизмальными состояниями; разработка комплексной системы реабилитации и диспансерного наблюдения детей с эпилепсией и пароксизмальными состояниями; разработка и внедрение методов диагностики, профилактики и лечения эпилепсии; ведение регистра больных с судорогами и эпилепсией с научной верификацией клинических данных; осуществление организационно-методической работы по совершенствованию медицинской помощи детям Алтайского края с эпилепсией и пароксизмальными состояниями, координирование работы с краевыми медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь детскому населению.

О предстоящей большой работе, ее актуальности наш разговор - с заведующей Центром **Н.С. ФЕФЕЛКИНОЙ**.

- Наталья Сергеевна, насколько серьезна сегодня проблема с оказанием помощи больным эпилепсией? Насколько распространено это заболевание?

- Проблема действительно серьезная, актуальная. С каждым годом детей, страдающих эпилепсией, становится больше. Есть формы заболевания, которые мы раньше не рассматривали из-за единичности случаев. Сегодня и они требуют внимательного отношения и лечения, поскольку

встречаются значительно чаще.

Напомним, что эпилепсия - это хроническое заболевание головного мозга, основным проявлением которого являются спонтанные, кратковременные, редко возникающие эпилептические приступы. Это одно из самых распространенных неврологических заболеваний: у каждого сотого человека на Земле бывают эпилептические приступы.

Чаще всего встречается эпилепсия у людей, имеющих генетическую предрасположенность к этому заболеванию, поэтому первые приступы появляются в детском (5-10 лет) и подростковом (12-18 лет) возрасте. В таком случае повреждения вещества мозга не определяются, изменена только электрическая активность нервных клеток, и понижен порог возбудимости головного мозга. Такая эпилепсия называется первичной (идиопатической), течет доброкачественно, хорошо поддается лечению, и с возрастом при правильном лечении пациент в ряде случаев может полностью отказаться от приема таблеток.

Другой тип эпилепсии - вторичный (симптоматический), он развивается после повреждения структуры головного мозга или нарушения обмена веществ в нем в результате целого ряда патологических влияний (недоразвитие структур мозга, черепно-мозговые травмы, инфекции, инсульты, опухоли, алкогольная и наркотическая зависимости и др.). Такие формы эпилепсии могут развиваться в любом возрасте и труднее поддаются излечению.

Распространение эпилепсии, которое мы сейчас наблюдаем, связано в том числе со следующей причиной.



Современный уровень развития медицины позволяет выхаживать глубоко недоношенных детей, а у них мозг подвержен влиянию всевозможных повреждающих факторов. Соответственно эти дети составляют большую группу риска по эпилептической энцефалопатии. Без качественной своевременной помощи будущее этих детей очевидно: инвалидизация, ограниченность возможностей.

Как видим, эпилептология как направление медицины объединяет комплекс проблем, которые надо решать на самых разных уровнях. Например, замена принимаемого оригинального препарата генериком может стать причиной ухудшения самочувствия и в дальнейшем стать причиной резистентности - невосприимчивости - больного к этой группе препаратов. Но именно этот генерик можно выписать по бесплатному рецепту.

Создание Краевого эпилептологического центра стало естественным этапом развития Краевой клинической детской больницы, выполнения главной стратегической задачи - оказания квалифицированной, полной, своевременной помощи маленьким пациентам. Для этого, в частности, нам предстоит сформировать регистр этих больных, найти оптимальные пути помощи для каждого. Первооче-





Кому достались первые места

На основе отчетов Росстата были определены лидирующие по тому или иному параметру российские регионы.

366 пенсионеров на 1000 жителей в Карелии. В среднем по России - 281.

1238 женщин на 1000 мужчин в Ярославской области.

14л вина на душу населения в год выпивают в Новгородской области. В среднем по России - 7л.

259 случаев ДТП с пострадавшими на 100 тысяч жителей во Псковской области.

36% жителей Калмыкии зарабатывают ниже прожиточного минимума. В среднем по России - 13%.

155 медицинских сестер на 10 тысяч жителей в Мурманской области. Среднее по России - 107.

22л водки на душу населения в год выпивают в Ненецком автономном округе.

12 браков на 1000 человек регистрируется в Ханты-Мансийском автономном округе. В среднем по России - 9,2.

1900000 тонн молока производят в Татарстане.

210ц - урожай картофеля в Астраханской области. В среднем по России - 48.

2764 зарегистрированных преступлений на 100 тысяч жителей в Забайкальском крае. В среднем по России - 1682.

127л пива на душу населения в год выпивают в Омской области. В среднем по России - 71л.

116 абортов на 100 родов приходится в Магаданской области.

47 погибших в ДТП на 100 тысяч жителей в Тыве. В среднем по России - 20.

168кг хлебных продуктов на человека в год съедают в Алтайском крае. В среднем по России - 119кг.

789 разводов на 1000 браков приходится в Чукотском автономном округе.

редной задачей является полное обследование пациентов. Не всегда правильно на местах проводится диагностика, делаются назначения. Есть случаи, когда сильные препараты назначаются ребенку преждевременно. Допускаются и иные ошибки. Например, сегодня на приеме была девочка, при лечении в стационаре в течение двух недель она принимала препараты, затем ее выписали без назначений, чего делать категорически нельзя.

- С чем связаны такие ошибки?

- Объяснения простые. Нет специальности эпилептолог. По существу это невролог, прошедший специализацию, но и таких врачей мало. Поэтому в районах первичный прием пациентов проводят, как правило, педиатры и терапевты. Отсюда следует еще одна задача нашего Центра - освещение проблемы, информированность врачей смежных специальностей. Для принятия стратегических решений сформирована междисциплинарная экспертная группа, в которую вошли ведущие специалисты края.

- Формирование регистра больных означает их аккумуляцию, лечение именно в Алтайской краевой детской больнице?

- В нашей больнице всегда были эти пациенты, но не в таком количестве - наши возможности и сегодня ограничены. Мы нацелены на помощь в сложных операбельных случаях, когда затруднена диагностика и т.д. С нашей помощью обязательно удастся наладить лучшее лечение по месту жительства маленьких пациентов. Но пока наши возможности ограничены. Коллектив эпилептологического Центра будет состоять из четырех человек, но пока сказывается дефицит врачебных кадров - у нас только два врача.

- Первые признаки заболевания не обязательно проявляются в первые месяцы после рождения ребенка?

- Идиопатические формы эпилепсии имеют возрастзависимое начало. Может быть, еще недостаточен уровень диагностики. Есть такие формы, которые возникают и в 10, и в 14 лет. Каждый случай требует изучения, серьезного мыслительного процесса врача, серьезного подхода.

- Часть вашей работы - разъяснение стратегии лечения родителям пациентов. Это трудно?

- На самом деле, серьезная проблема - работа с родителями пациентов. Трудно донести до мам необходимость долгого и правильного лечения. Многие настороженно относятся к назначению препаратов, тем более в тех случаях, когда не видят развернутых припадков. К сожалению, даже не все доктора могут увидеть приступ в необычном состоянии ребенка. Приведу пример из своей практики. На приеме мама рассказала, что у ребенка случается по непонятным причинам частое моргание. После осмотра мальчика меня что-то насторожило, заставило назначить следующую встречу через две недели. И за это время я попросила маму попытаться понять, находится мальчик в сознании в эти минуты или нет. Хорошо, что мама оказалась внимательной и ответственной. Только с ее помощью удалось выяснить, что ребенок в момент частого моргания находится без сознания. На следующем приеме удалось спровоцировать приступ. Таким образом удалось подобрать лечение и скорректировать состояние ребенка до более серьезных проявлений болезни. К сожалению, не всегда так бывает. Многие мамы ищут ответы на свои вопросы в Интернете. Говорят: «Вы нам такой серьезный препарат назначаете»... И не всегда врач может донести, что серьезный препарат для их ребенка при данном заболевании безопаснее прочих.

- Значит, решение многих проблем со здоровьем ребенка проходит легче, если родители внимательны к нему?

- Именно так. Стоит обратиться к специалисту во всех случаях, когда что-то настораживает в поведении ребенка. Он вроде бы остановился в развитии, инертен, слабо реагирует на новую информацию? Есть повод для исключения всех опасений, для обследования. В нашей больнице хорошие доктора. Сделанная энцефалограмма даст ответы на все вопросы, подтвердит или исключит эпилептический статус и позволит вовремя назначить необходимое лечение. ☺

Л.В. Юрченко





ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ / ДЛЯ ЧЕГО ВАМ ЭТО НУЖНО?



10 шагов к здоровому питанию:

- 1 **ВНЕСИТЕ РАЗНООБРАЗИЕ** в свой рацион.
- 2 **ВОЗЬМИТЕ ЗА ПРИВЫЧКУ СЛЕДИТЬ ЗА ВЕСОМ** тела, корректируя его с помощью изменения энергетической ценности пищи и количества физической активности.
- 3 **ПОСТАРАЙТЕСЬ СОКРАТИТЬ ПОРЦИИ**, увеличив число приемов пищи до 4-5 и более.
- 4 **СТАРАЙТЕСЬ ЕСТЬ МЕДЛЕННО**, не перекусывайте на ходу.
- 5 **НЕ ОТКАЗЫВАЙТЕСЬ СРАЗУ** от какого-либо вредного продукта, изменяйте свой рацион постепенно.
- 6 **ВВЕДИТЕ В СВОЙ РАЦИОН** как можно больше продуктов, богатых клетчаткой: это свежие овощи и фрукты, хлеб и другие зерновые продукты, крупы.
- 7 **СОКРАТИТЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ЖИРОВ**, старайтесь не использовать жир при приготовлении пищи.
- 8 **ОГРАНИЧЬТЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ** чистого сахара.
- 9 **ОГРАНИЧЬТЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ** поваренной соли.
- 10 **ИЗБЕГАЙТЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ** алкогольных напитков, отдавайте предпочтение некрепким натуральным напиткам, таким, как сухое вино.

КЛЕТЧАТКА – ЭТО НЕ БАЛЛАСТ, А НЕОБХОДИМЫЙ КОМПОНЕНТ РАЦИОНА

КРОМЕ БЕЛКОВ, УГЛЕВОДОВ И ЖИРОВ ЧЕЛОВЕЧЕСКОМУ ОРГАНИЗМУ НЕОБХОДИМЫ ПИЩЕВЫЕ ВОЛОКНА.

Пищевые волокна (клетчатка, пектин и др.), которые содержатся в растительной пище - овощах, фруктах, крупах, зерновых и бобовых, - не перевариваются пищеварительной системой человека.

Однако в желудочно-кишечном тракте они связывают холестерин и оказывают благотворное воздействие на пищеварение в целом. Больше всего клетчатки содержится в свежих фруктах, овощах и цельнозерновом хлебе, овсянке и коричневом рисе.



Отправляясь в супермаркет за запасом продуктов, следите, чтобы соотношение разных групп занимало по объёму доли, соответствующие долям в приведенной диаграмме:



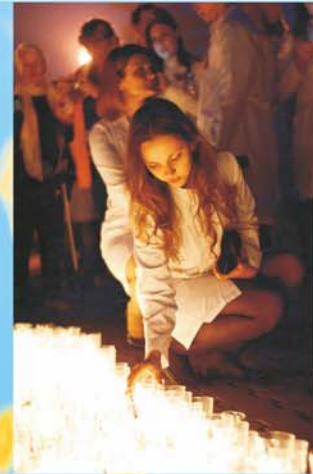
Взрослый человек может ориентироваться на ИМТ. Недостаток или избыток веса ребёнка должен диагностировать врач!

ЭТО ВАЖНО!

УЗНАЙ БОЛЬШЕ
КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ
www.takzdorovo.ru
8 800 200 0 200

Дать шанс здоровью!
Можешь только ты!





Горящие свечи в руках медиков символизируют огонь сердец, который сегодня горит благодаря тем, кто ценою своей жизни защищал страну, лечил раненных солдат в Великую Отечественную войну

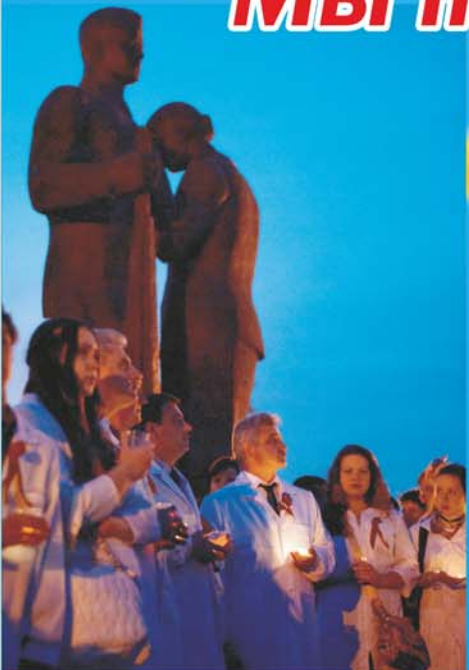


Дорогой милосердия!

1945-2015



Мы помним! Мы гордимся!



(Фоторепортаж с торжественного открытия экспозиции Музея медицины Алтая, посвященной медикам в Великой Отечественной войне, акции "Дорогой милосердия", 9 мая 2015 года)