

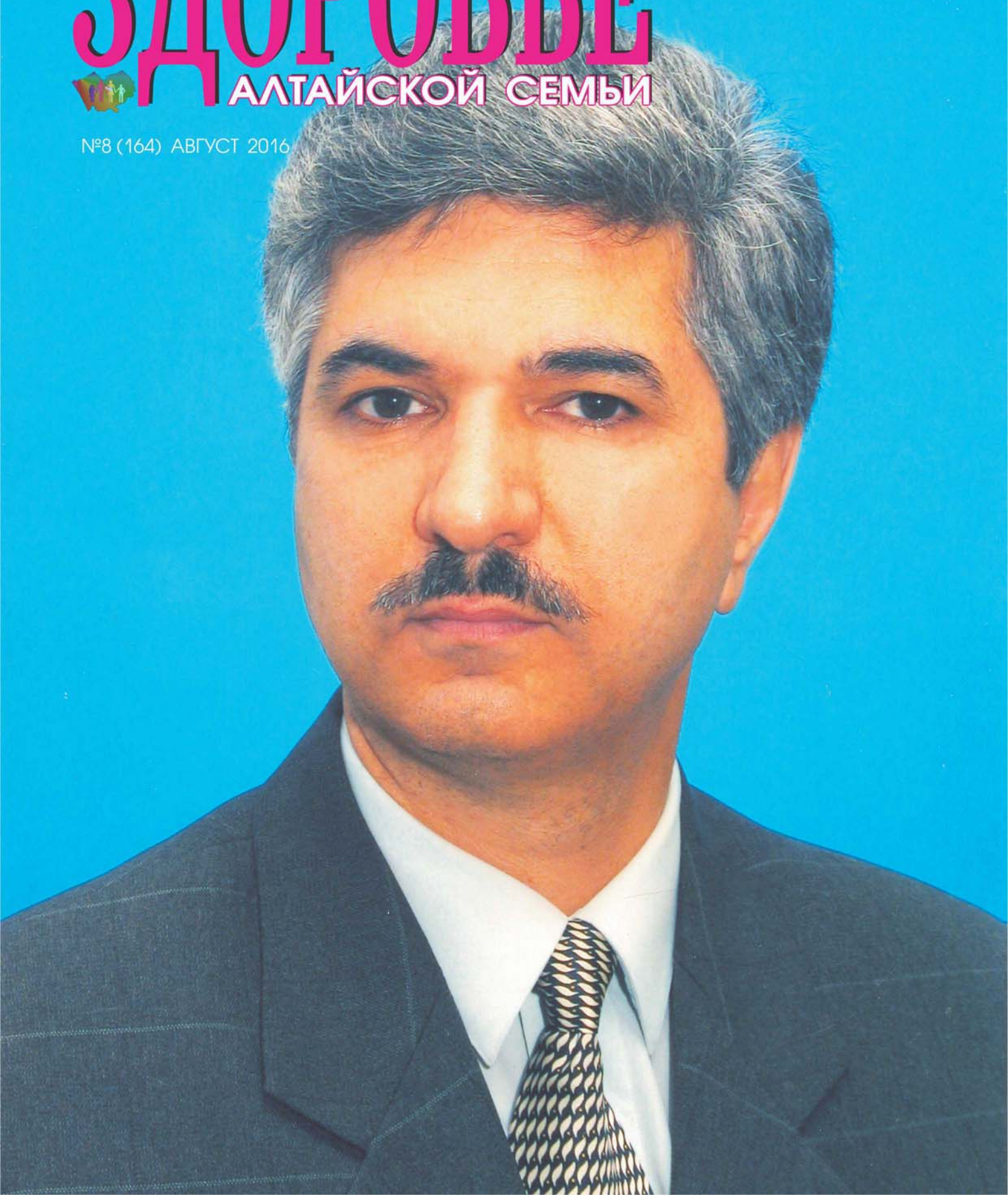
КРАЕВОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ

ЗДОРОВЬЕ



АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№8 (164) АВГУСТ 2016



Определяя приоритеты...



Не хотела касаться темы предстоящих сентябрьских выборов... Обсуждения насущных проблем, полемики вокруг путей их решения и приоритетов - уже достаточно.

Но... выборы - это всегда выбор из предлагаемых вариантов. И наш гражданский долг - его сделать.

В предыдущих составах АКЗС медицинское сообщество всегда было довольно представительным, и, по мнению многих, это обеспечивало более внимательное отношение власти к вопросам здравоохранения. В этом году даже линейка претендентов-медиков на депутатский мандат АКЗС - меньше, а следовательно, и возможное число депутатов.

Разделяю озабоченность своих земляков вопросами охраны здоровья. Я хочу подчеркнуть: именно охраны здоровья. А это - задача не только и не столько медицинская. Но при этом отношении к системе здравоохранения в целом, и особенно, к кадрам в здравоохранении - отнесла бы к абсолютным приоритетам!

Накануне выборов были беседы с целым рядом кандидатов в депутаты АКЗС из немедицинской среды. И их отношение к проблемам охраны здоровья, в большинстве случаев, было, естественно не профессиональным, можно даже сказать, просто обывательским... Именно поэтому встречи с кандидатами в медицинских коллективах, активная позиция медиков в этой избирательной кампании - мне представляются важными. Открытый, честный разговор о ситуации в отрасли, о достижениях и проблемах для принятия мер - необходим.

Как один из примеров - совместное с одним из нынешних кандидатов в депутаты АКЗС посещение (еще в преддверии избирательной компании) центральной больницы, оказывающей медицинскую помощь жителям не только небольшого города, но и прилегающей группы сельских районов.

Но даже для человека с широким кругозором и глубоким пониманием общей социально-экономической ситуации в крае проблемы конкретного ЛПУ стали неким откровением.

«...Острейшая проблема - с кадрами и врачей, и средних медицинских работников. Цифры говорят сами за себя: из 32 ФАПов фельдшера имеются в 25! На 22 терапевтических участках работают всего 7 терапевтов. Не радужнее ситуация - и в детской поликлинике. Острая нехватка узких специалистов.

И такая ситуация не возникла одномоментно, проблемы накапливались! Стоит задача омоложения кадров. Сегодня, со слов руководителей больницы, из 127 врачей, работающих в больнице, 54 - старше 60 лет! А в целом возраст более 30% работающих в ЦГБ составляет 60 лет и более, 32% работающих - в возрасте от 51 года до 60 лет! И это, обращаю внимание, при том, что обеспеченность врачами составляет всего 19 на 10 тыс. жителей (при нормативном показателе - 36).

Руководство больницы понимает, что оптимальное решение кадрового вопроса - это целевая подготовка молодых специалистов для учреждения. И здесь только мер государственной поддержки - недостаточно. Федеральная программа «Сельский врач», по моему мнению, должна быть продолжена. Уникальная для России региональная программа Алтайского края «Сельский фельдшер» - с выплатой 500 тыс. рублей специалистам со средним медицинским образованием - может и должна стать федеральной. Но нужно и конкретное, осязаемое участие в решение этих проблем и муниципальных властей. Считаю, что и бизнес-сообщество города, районов, невзирая на территориальное деление, должны объединить свои усилия во взаимодействии с медицинскими учреждениями, особенно в решении социальных проблем медицинских работников...», - так он определил свою задачу как гражданина, как депутата.

Бережное отношение к врачам, медицинским работникам и привлечение власти, общественности к созданию нормальных условий их жизни и деятельности, к охране их здоровья - это не только законное проявление заботы о врачах, как о любом человеке, но и в конечном счете это - улучшение медицинской помощи населению, это борьба за здоровье и продолжение жизни сотен и тысяч людей! Наших с вами жизнью!.. - не устаю повторять эту мысль.

Однако, помимо решения социальных проблем специалисты медики должны иметь и профессиональное удовлетворение. Сегодня в здравоохранение края активно внедряются высокие технологии. В край поступает уникальное современное оборудование, создаются комфортные условия пребывания и пациентов, и персонала, в лечебных учреждениях. Именно технологическая оснащенность, обеспеченность современными лекарственными препаратами в сочетании с возможностью постоянного повышения квалификации, отношением к делу - определяют результат. Важно, чтобы в обществе возникло понимание того, что медицина - это одна из немногих профессий, которая связана с постоянным риском, напряжением, эмоциональным выгоранием. А отношение в обществе к медикам - всегда некий индикатор состояния самого общества.

Безусловно, один человек, даже обладающий высоким статусом депутата АКЗС, не решит всех проблем здравоохранения конкретной территории. Но открытость в этой сфере, объединение для этого усилий депутатского корпуса и органов исполнительной власти регионального и муниципального уровней (а не дискуссия о разграничении полномочий!!!, что, к сожалению, имеет место) с привлечением бизнес-сообщества и представителей гражданского общества, СМИ территорий к теме охраны здоровья - это актуальнейшая задача.

И реальное отношение к этой проблеме, независимо от профессиональной и политической принадлежности, для меня - индикатор гражданской позиции, если можно так сказать, зрелости кандидата.

Выбор - за нами!



10

**Президент РФ:
«Проект «Белоку-
риха-2» будет
реализован**



12

**Диспансеризация:
для кого?**



25

**Хроническая
болезнь почек: как
профилактиро-
вать и лечить**



42

Я и моя болезнь

На обложке: Тимур Идаятович ВЕЛИЕВ, главный внештатный колопроктолог Алтайского края, к.м.н., врач-колопроктолог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Городская больница №4, г.Барнаул».

Фото из архива Т.И. Велиева.

Т.И. Велиев. Всегда требуется милосердие	2-4
Новости здравоохранения Алтайского края	5
Новости здравоохранения России	6-7
А.Ф. Федоровский. Эндоскопия: взгляд изнутри	8-9
Президент Российской Федерации: «Проект «Белокуриха-2» будет реализован»	10-11
Мир и медицина	11
СЕРДЦЕ ПОД КОНТРОЛЕМ	
А.А. Ефремушкина. Диспансеризация: для кого?	12-13
Для блага каждого ребенка	14-15
ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА	
Т.В. Богун. Взгляд психолога на проблему вынашивания детей	16-17
И.В. Дёмкина. Нарушение вкуса	18-19
М.А. Шкурат. Помогаем деткам расти и развиваться	19-20
ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ	
С традициями милосердия - в век инноваций	21
Т.В. Царёва. Впереди у нас - новые свершения!	22
С.Н. Санарова. Эта коварная глаукома... ..	23-24
О.Г. Жгут. Хроническая болезнь почек: как профилактировать и лечить	25-27
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
А.Ф. Бузина. Терапия будущего - кинезиотейпинг	28-29
СОВЕТЫ УРОЛОГА	
Я.В. Яковец. Почему мы бодем летом?	30
Велик и могуч... ..	31-33
Рыбный базар	34-35
Подростки: остаться в живых	36-37
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
Спокойной ночи!	38
Идеальная семья - 2016	39
Программа-минимум.	
Какую косметику необходимо иметь каждой женщине	40-41
Я и моя болезнь	42-43
СПОРТ ВО ИМЯ ЖИЗНИ	
Учить собственным примером	44



Всегда требуется милосердие

Через шестнадцать лет работы после окончания ординатуры Тимур Идаятович ВЕЛИЕВ защитил диссертацию. Эти годы - время непростого труда хирурга-проктолога, время спасения жизней и поиска путей - как сделать это максимально эффективно.

Ценность его диссертации - даже не в научном труде как таковом, а в том, что были найдены новые пути проведения органосберегающих операций, эндоскопического удаления доброкачественных и злокачественных опухолей толстой кишки.

Тимур Идаятович ВЕЛИЕВ - врач высшей квалификационной категории по проктологии и эндоскопии, автор 45 научных работ. Около тридцати лет работает в колопроктологическом отделении КГБУЗ «Городская больница №4, г.Барнаул». Его лекции и проводимые занятия для будущих врачей отличаются эрудицией, высокая научность и одновременно простота изложения материала. Умение говорить просто о сложном - это признак высокого интеллекта, уважения к студентам и стремления сделать образовательный процесс максимально эффективным. Тимур Идаятович - член Ассоциации колопроктологов России, Великобритании и Ирландии. С 2008 года он - главный внештатный хирург-колопроктолог Алтайского края.

Начало нашего разговора Тимур Идаятович посвятил своим учителям:

- В 2001 году я был приглашен на стажировку в госпиталь Святого Марка в Лондоне. Этот госпиталь и созданный при нем Академический институт являются единственным научным и учебным центром, в котором обучаются проктологи всего мира. Побывать там,

и тем более обучаться, - мечта каждого специалиста в области проктологии. Со дня основания госпиталя ни один врач, работавший в нем с 1830 года - года основания госпиталя, не забыт. О каждом враче под портретом в фойе значатся не только имя, но и время работы здесь, основные заслуги.

В Алтайском крае в 1970-1990-е годы работало много прекрасных хирургов! Забыть их невозможно. Как можно забыть людей, которые в свое время без аппаратуры, своими руками и умом ставили сложные диагнозы, решали, оперировать или нет больных. Сейчас везде есть аппараты УЗИ, а эффективность лечения незначительно отличается.

Помню, как я поражаюсь этому их умению. Спрашивал у **Веры Михайловны ЛАПТЕВОЙ**, заведующей хирургическим отделением железнодорожной больницы: «Как вы так точно определяете, кого направить домой, а кого оперировать?». Вера Михайловна училась в Бердске у знаменитого хирурга **Сергея Сергеевича ЮДИНА**, которого по «делу о врачах» из Москвы «сослали в Сибирь». Вера Михайловна отвечала: «Я тебя этому научу. Самое главное у тебя есть - ты больных любишь». Незабываемы годы работы с **Евгением Матвеевичем ДОДОНОВЫМ**, который меня научил искусству брюшной хирургии. Интересный собеседник, талантливый хирург, он при этом оставался



весьма скромным человеком. Учился я и у **Андрея Константиновича СМЕРНОВА**, хирурга барнаульской больницы РТП, который брал на себя тяжелых больных и прекрасно оперировал их. Сколько больных он вернул в нормальную жизнь, трудно сосчитать!

А.В. КУНОВСКИЙ, А.Ф. УСОВА, Е.И. ПОПОВ, Е.А. ДОДОНОВ, В.В. ХАБАРОВ, В.М. ТИМОШНИКОВ, А.М. ВАЙГЕЛЬ, П.В. ЗИНОВЬЕВ, Ю.Ф. СЛУХАЙ, Г.Н. СПИРИН, В.М. ЛАПТЕВА, А.Я. КАЗАНЦЕВА, А.А. БАЖЕНОВ, Н.И. САВАЛЕВ, И.П. РОЩЕВ, А.К. СМЕРНОВ, В.С. РЕДИКУЛЬЦЕВ, И.А. ЕГОРОВА - вот неполный перечень хирургов золотого фонда алтайской медицины, которые учили нас.

Сегодня стационары оснащены современной дорогостоящей аппаратурой, а врачей, которые так любили бы свою профессию, сегодня встретишь не часто. Сейчас нет таких идеалов. Есть хорошие молодые ребята, но их очень мало.

- С какими проблемами в своей ежедневной практике сталкивается врач?



Модернизация здравоохранения

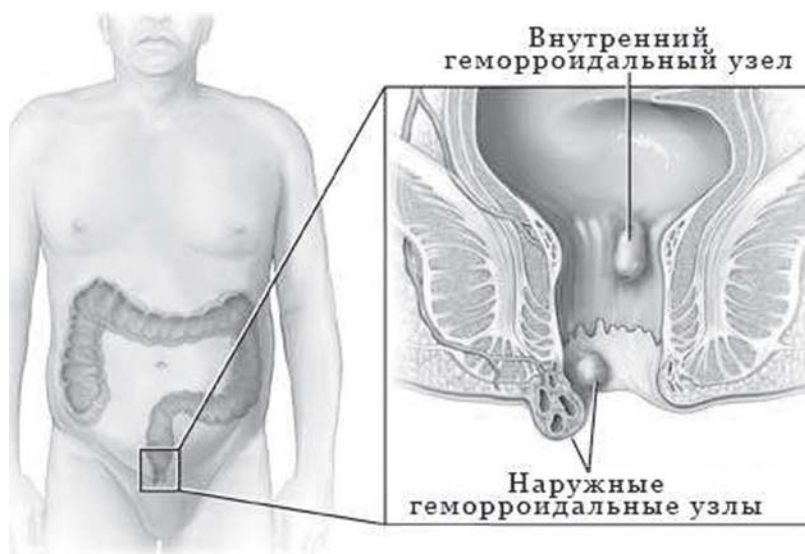
- Все они связаны с запущенностью болезней со стороны пациента. Проктологические больные - очень сложные в диагностике. Даже не каждый человек знает, что есть такая область медицины - проктология. И соответственно, к нам обращается несвоевременно. Как этого избежать? Я не устаю повторять: **при любых, даже небольших, жалобах на выделение крови или слизи из прямой кишки, зуде в заднем проходе, ложных позывах на стул, болях внизу живота, выраженной анемии при отсутствии явной кровопотери, нарушении стула - пациент должен прийти на консультацию к проктологу.** Попасть на прием к этому специалисту напрямую несложно. **В поликлинике городской больницы №4 Барнаула специалист принимает с 8.00 до 17.00 ежедневно.** Ведется предварительная запись. Однако в большинстве случаев получается иначе: больной посмотрел рекламу по телевизору, купил свечи, мази, «лечится» день-два, месяц, а потом всё же приходит к нам - и ждет помощи. И это бывает слишком поздно: обнаруживается запущенная злокачественная опухоль.

Вне зависимости от наличия и проявления вышеперечисленных симптомов после сорока лет всем без исключения необходимо раз в год проходить осмотр у врача-проктолога. После пятидесяти лет осмотр проктолога необходим дважды в год. Людям из так называемой группы риска (у них в течение жизни обнаруживались полипы или опухоли в кишечнике) необходимо обследоваться у проктолога также два раза в год.

- Немало людей, живущих с геморроем, запорами, которые

Три правила, которым доктор Т.И. Велиев научился у своего учителя И.И. Неймарка:

- Если больной переступил порог больницы, - госпитализируй его. Не надо гонять больного от специалиста к специалисту.
- Относись к больному так, как ты хочешь, чтобы относились к тебе.
- Если сомневаешься, пригласи коллегу, не стыдись советоваться.



время от времени «справляются» с обострениями самостоятельно. Чем это опасно и чем грозит?

- В любом случае на первом месте стоит осмотр проктологом. Самому себе никогда диагноз не поставишь. Нужно прийти в поликлинику, где вас осмотрит специалист-проктолог.

Конечно, на развитие болезни влияет образ жизни человека. И я не перестаю агитировать за здоровый образ жизни - без курения и алкоголя, за достаточную физическую активность. Болезни нашей области медицины зависят и от того, что мы употребляем в пищу и пьем. Сегодня практически нет «чистых» продуктов в магазинах: мясные изделия, даже питьевая вода, молочные продукты очень часто - ненадлежащего качества. Продаются куры, набитые химикатами, колбасы, которые простоят ночь на столе и не испортятся... **Надо понимать: от того, чем мы питаемся, зависит здоровье нашего кишечника.**

Об алкоголе скажу: пивной бизнес - самый процветающий в крае. Это противостоит и недопустимо.

Есть, казалось бы, и объективные причины, мешающие вести здоровый образ жизни. Работа допоздна, плотный ужин, затем почти сразу же лежание на диване. И это - привычный распорядок дня для многих людей. На спортивный зал времени не остается, в лучшем случае - в воскресенье. Но замечу, что если человек свой день

Всем читателям журнала «Здоровье алтайской семьи» я желаю здоровья и благополучия, а всем врачам - творческого подхода к своей профессии и вечного поиска нового в этой сложной и самой интересной профессии, имя которой - ХИРУРГИЯ!



▶ планирует правильно, то у него и на физкультуру, и на чтение книг, и на прогулку перед сном времени хватит.

Еще одна беда заметна в обществе - **чрезмерное употребление пищи**, причем зачастую - нездоровой пищи. Надо всегда понимать, что и сколько вы едите, делать это сообразно своему возрасту. Понимать границы допустимого: мне это нельзя, потому что если я это съем, после приема пищи мне будет плохо.

Подытожу. Алгоритм действий прост: если что-то болит, надо не думать, не гадать, не выискивать в Интернете, что это такое и как его лечить, а срочно обращаться к врачу, который обязательно определит схему обследования и лечения. Помните, что онкологические заболевания сопровождаются болями уже на поздних стадиях, и поэтому заведите себе за правило посещать специалистов в профилактических целях.

- Ваши больные после выписки получают рекомендации по правилам дальнейшей жизни?

- Конечно. Больные из стационара переходят к проктологам нашей поликлиники, к которым они сначала идут на перевязки, затем продолжают лечение - до выздоровления.

- В дальнейшем сохраняются ограничения по питанию, правила образа жизни?

- Это зависит от тяжести болезни. Если, например, оказана помощь больному с хроническим геморроем, то при достигнутой ремиссии питание не ограничивается, а вот сидячий образ жизни и подъем тяжестей ему навсегда противопоказаны.

- Какие болезни самые распространенные в проктологии?

- Самое распространенное заболевание - это **хронический геморрой**. Им страдают практически 60% населения России, причем сегодня заболеваемость растет и молодеет. На следующей позиции - **злокачественные заболевания прямой кишки**, в большинстве случаев - запущенные. Рак прямой кишки сейчас распространен уже среди сорокалетних людей, что совсем недавно было редким фактом. Буквально из ста человек, которых я смотрю на приеме, у пятерых нахожу опухоли прямой кишки. Это большой процент, такого раньше не было. Главную причину такой удручающей статистики я вижу, в первую очередь, в питании. Раньше окружающая среда не была заражена. Консерванты также играют свою отрицательную роль, а сегодня без них

не обходятся многие продукты на магазинных полках.

- Расскажите о работе вашего колопроктологического отделения.

- За Уралом это единственное специализированное отделение колопроктологии. Поэтому наш краевой колопроктологический центр, развернутый на 60 коек, оказывает помощь больным, имеющим заболевания прямой и толстой кишки, не только со всего Алтайского края, но и из других территорий.

Всё, что необходимо для лечебного процесса, у нас есть. В отделении просторно, светло, коллектив прекрасный. Наши молодые врачи серьезно интересуются проблемами проктологии. Ведь очень важно, чтобы в отделение приходили те, кто любит хирургию, проктологию, больных.

От отношения к больному, от работы младшего и среднего медперсонала выздоровление наших больных зависит чуть ли не на 90 процентов. Надо отдать должное коллективу отделения - очень хороший состав, собранный годами буквально по крупицам. *Большая благодарность - нашим санитаркам, которые сутками работают, создают безупречную чистоту, позитивную атмосферу в отделении.* У нас строго соблюдается режим дня. Если это тихий час, - значит, действительно пациенты отдыхают в тишине. Если пришло время уборки, - она делается по всем правилам. В книге отзывов отделения пациенты не столько о врачах пишут, сколько о младшем и среднем медперсонале. И это, считаю, замечательно!

Врач обязательно должен любить своих пациентов. Заболел человек - и меняется его психология. Пациенты очень быстро понимают настроение врача, интонацию каждого сказанного слова. Пациент помнит, что ему сказал врач десять лет назад! Доброту и милосердие еще никто не отменял, а в медицине она во сто раз важнее, чем в другой области. Она творит чудеса, поверьте! ☺

...Мысли вслух

«У врача в борьбе с болезнью есть три инструмента: слово, лекарство и скальпель. На первом месте стоит слово - и это забывать нельзя!»

* * *

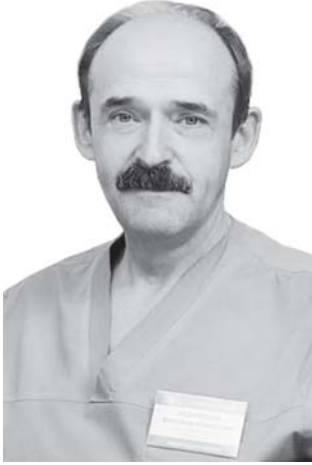
«Хирургия - это миссия. Настоящий хирург сродни камикадзе: ушел в профессию - оттуда возврата нет. Врач не может не сострадать пациенту. Это правило проверено жизнью. Поэтому я говорю пациентам и молодым коллегам: «Если вы не можете сострадать тем, кого вы лечите, - уходите из профессии. Значит, это не ваше занятие».

* * *

«Если не учишься и постоянно не пополняешь свой багаж знаний, ты погиб. И это относится не только к медицине. Настоящий профессионал в любом деле не отстает от времени. Он учится всегда. А в медицине остаются только те врачи, которые постоянно читают и совершенствуются, у кого есть призвание помогать людям обрести и сохранить свое здоровье.»



Эндоскопия: взгляд изнутри



Александр Феликсович ФЕДОРОВСКИЙ,

главный внештатный эндоскопист Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий отделом эндоскопии КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

Эндоскопия - это направление медицины, связанное с проведением исследований внутренних органов с использованием максимально щадящих технологий, при которых специальные медицинские аппараты вводятся в обследуемые органы через естественные пути или через мелкие проколы.

С помощью гибких эндоскопов можно не только провести диагностику, но и взять образцы ткани для более подробного изучения.

Большинство исследований проводятся амбулаторно. Опыт и профессионализм медицинского персонала эндоскопического отдела Диагностического центра Алтайского края позволяют сделать все манипуляции максимально комфортными для пациентов.

Пациенты обязательно предупреждаются об особой подготовке к обследованию. По желанию человека сложные эндоскопические манипуляции проводятся в состоянии лекарственного сна. **Используемые современные препараты последнего поколения действуют краткосрочно, быстро выводятся из организма и не причиняют вреда.** В случае необходимости пациенты в послеоперационном периоде находятся в стационаре краткосрочного пребывания Центра. Таким образом, здесь есть всё необходимое, чтобы проведенные эндоскопические исследования стали максимально информативными для врача и комфортными для пациента.

Эндоскопическая диагностика проводится на современном оборудовании: видеoinформационные системы высокого разрешения экспертного класса EVIS EXERA II «OLYMPUS» (Япония), ЕРК-і «PENTAX» (Япония), видеoinформационные системы CV-150 «OLYMPUS» (Япония). Техника оборудована миниатюрными цифровыми видеокамерами и передает изображение высокого разрешения в электронном виде, что позволяет проникать в полости малого диаметра, в самые труднодоступные места и маленькие пространства, проводить прицельную биопсию. Среди диагностического оборудования также используются современные кольпоскопы, гистрофиброскопы, цистофиброскопы «OLYMPUS» (Япония).

Гастроэнтерологические эндоскопические исследования являются самыми распространенными. Ежегодно в Алтайском крае проводится около 300 тысяч эндоскопических исследований, до 80% этого числа - исследования желудочно-кишечного трак-

та. Большую часть из них составляет исследование верхних отделов пищеварительного тракта: пищевода, желудка, 12-перстной кишки (**видеоэзофагогастроуденоскопия**). В Диагностическом центре Алтайского края проводится более 11 тысяч таких исследований в год. Метод позволяет проводить визуальное (в том числе с увеличением) исследование внутренней поверхности органов, оптическое усиление изображения в узком спектре света улучшает прицельное детализирование слизистой. При этом описывается содержимое органа, состояние слизистой, выстилающей орган и его функционирование. Визуально оцениваются выявленные патологические изменения: воспалительные явления, наличие эрозий, язв, новообразований и т.п. Завершается исследование прицельной биопсией (забор кусочка слизистой оболочки) из выявленных патологических участков.

При гастроскопии только в нашем Диагностическом центре есть возможность прицельного исследования уровня кислотности в сочетании с диагностикой пищевода, желудка и 12-перстной кишки (**видеоэзофагогастроуденоскопия с РН-метрией**). Проводится диагностика верхних отделов ЖКТ с использованием специальных красителей (**видеоэзофагогастроуденоскопия с хромоэндоскопией**).

С помощью специального теста - **экспресс-теста для определения геликобактерной инфекции** можно за несколько минут определить микроорганизм - наиболее значимую причину развития хронического гастрита (хронический воспалительный процесс может приводить к атрофическому гастриту, который связан с язвообразованием и раком желудка).

Следующим по востребованности и значимости является эндоскопическое исследование толстой кишки на всем протяжении (**видеоректосигмоколоноскопия**). Метод позволяет более точно и эффективно обнаружить доброкачественные и злокачественные опухоли, воспалительные заболевания. Это сложное исследование, требующее для выполнения большого опыта врача-эндоскописта. В краевом Диагнос-



тическом центре ежегодно выполняется более 3500 таких исследований.

Проводится также обследование прямой и сигмовидной кишки (**видео-ректосигмоскопия**).

Только в Диагностическом центре Алтайского края выполняются специальное эндоскопическое исследование тонкой кишки (**видеоэноскопия, баллонная энтероскопия**). Этот отдел ЖКТ достаточно протяженный - до пяти метров, и рентгеновский метод не позволяет в полной мере оценить состояние слизистой оболочки, патологические изменения. И в данном случае эндоскопический метод является наиболее информативным, тем более, что он сопровождается забором материала на морфологическое исследование.

Для оценки состояния тонкой кишки мы проводим также **капсульную эндоскопию**. Специальная капсула проходит по кишечнику, испуская радиоволны, которые регистрируются и затем интерпретируются с помощью специальной компьютерной программы. В ряде случаев используются сначала капсульная эндоскопия, затем - энтероскопия, позволяющая детализировать найденные изменения и взять материал для уточняющей диагностики.

Большое внимание уделяется **эндоскопии дыхательных путей**: исследование внутренней поверхности трахеи и бронхов, в том числе с увеличением (**видеобронхоскопия**), исследование глотки, гортани (**видеоэпифаринголарингоскопия**).

В эндоскопическом отделе Диагностического центра Алтайского края проводятся малотравматичные методы диагностики и лечения **гинекологических заболеваний**. Так, у специалистов самый большой опыт проведения высокоинформативных внутриматочных исследований (**цервикогистерофиброскопий**): в среднем в год осуществляется свыше 1800 вмешательств, около 80% из них - лечебные. КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» является единственной амбулаторно-поликлинической медицинской организацией, где это направление получило серьезное развитие.

Также в отделе проводятся **хромоскопия с биопсией**, что является одним из наиболее востребованных гинекологических исследований. Выполняются **вульвоскопия, вагиноскопия, лечебные методики**

(кольпоскопия с диатермохирургией и эффектом радиоволн, кольпоскопия с лазеро-вапоризацией).

В определенном возрасте современный человек может сам принять решение пройти определенное диагностическое исследование. Возможности для этого сегодня огромные. Но обращаю ваше внимание на тот момент, что, **получив диагностическую информацию, обязательно нужно прийти на прием к соответствующему специалисту, чтобы подтвердить или опровергнуть диагноз, получить квалифицированные рекомендации.**

Для проведения эндоскопической группы исследований особое значение имеет обработка инструментария. Внимание к этим вопросам оправдано: аппарат вводится в организм, соприкасается со слизистой, с биологическими жидкостями. Более того, чтобы уточнить характер патологического процесса или подтвердить, что действительно нет особых изменений у пациента, берется материал на гистологическое исследование. **После каждого исследования обработка всех видов эндоскопов и инструментов происходит в автоматических моющих машинах OER-A «OLYMPUS» (Япония), на другом оборудовании - с применением высокоэффективных препаратов для очистки, мойки, дезинфекции и стерилизации. Обязателен строгий контроль.** Все манипуляторы и аппараты хранятся определенным образом в специальном шкафу, где обеспечивается высушивание каналов аппаратов, продувка воздухом, облученным ультрафиолетовыми лучами. ☺



В урологии эндоскопические методы являются «золотым стандартом» в диагностике заболеваний органов мочевыделительной системы.

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ

КГБУЗ «Диагностический центр
Алтайского края»:

(3852) 24-32-90 - справочная,
(3852) 250-400 - единый номер регистратуры.

Адрес: г.Барнаул, пр.Комсомольский, 75а

На правах рекламы



Диспансеризация: для кого?



**Анна Александровна
ЕФРЕМУШКИНА,**

главный внештатный кардиолог Алтайского края, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом дополнительного профессионального образования, Алтайский государственный медицинский университет

Раннее выявление заболеваний в настоящее время внедрено во многих развитых странах. И наша страна не является исключением. Диспансеризация в России имеет многолетнюю историю.

В 1986 году была принята программа всеобщей диспансеризации населения, согласно которой в поликлиниках были созданы отделения и кабинеты профилактики, увеличена численность участковых врачей и педиатров, улучшено лабораторно-инструментальное оснащение. По результатам диспансеризации рекомендовалось выделять группы здоровых, практически здоровых и больных. Давались рекомендации по диспансерному наблюдению. Были плюсы и минусы в той системе. На сегодня при осуществлении диспансеризации учитываются реальные возможности государства и системы здравоохранения страны.

Диспансеризация проводится в соответствии с Приказом Минздрава России от 03.02.2015г. №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Что мы имеем сегодня. Диспансеризация проводится для раннего выявления так называемых **хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ)**, которые являются основными причинами инвалидности и преждевременной смертности населения России (до 80%). Это прежде всего - ишемическая болезнь сердца (чаще всего - стенокардия и инфаркт миокарда), цереброваскулярные заболевания (самые грозные - инсульты), онкологические заболевания, сахарный диабет, хронические болезни легких (чаще всего развивающиеся вследствие курения), глаукома.

Очень важно, что все эти болезни имеют **общие факторы риска** развития и **поддаются коррекции** при их своевременном выявлении. Факторы риска вам наверняка известны, но их стоит повторить:

- **повышенный уровень артериального давления:** более 140/90мм рт.ст.;
- **повышенный уровень холестерина:** более 4,8ммоль/л;
- **гипергликемия:** уровень глюкозы крови более 5,5ммоль/л;
- **курение табака**, даже пассивное;
- **употребление алкоголя** - более 20мл этилового спирта в день;

● **нерациональное питание** (передавание, приоритет животным жирам и мясу, малое употребление овощей и фруктов - менее 5 порций в день);

● **низкая физическая активность** (в среднем менее 6000 шагов в день);

● **избыточная масса тела** (индекс массы тела более 25 кг/м²) и **ожирение**.

По результатам диспансеризации, проведенной в Алтайском крае в 2014 году, повышенный уровень артериального давления имелся у **27,7%**, гиперхолестеринемия - у **23%**, курили **17%**, ожирение было выявлено у **20,1%**, алкоголь употребляли **11,9%**, низкая физическая активность зафиксирована у **26,8%**, нерациональное питание выявлено у **40,1%** от всех граждан, прошедших диспансеризацию. И мы, жители края, не особенно отличались от россиян в целом. А цифры значимо высоки.

Диспансеризация должна проводиться 1 раз в 3 года, начиная с 21-летнего возраста, всем работающим и неработающим, учащимся, пенсионерам. В ее ходе определяется **группа состояния здоровья**. Выделяют три группы. **Первая группа здоровья** (относительно здоровые) - это граждане с низким и средним сердечно-сосудистым риском, определяемым по **шкале риска**, имеющей такие параметры, как пол, возраст, уровень АД, уровень холестерина, курение. **Вторая группа здоровья** - это граждане с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском, также определяемым по шкале. При этом **это группа для наиболее активного профилактического вмешательства в рамках диспансеризации**. Для нас, врачей, главное - постараться отсрочить время перехода пациента из второй группы в третью. Так как **третья группа** - это наши пациенты, чаще всего уже имеющие **хронические заболевания**. Очень важно отметить, что даже у пациентов, имеющих ХНИЗ, необходимо корректировать **факторы риска**, что снижает вероятность развития **фатальных осложнений до 30% случаев**. По результатам диспансери-



Сердце под контролем

зации 2014 года в Алтайском крае к первой группе здоровья относилось **33%**, ко второй - **22%**, к третьей - **45%** граждан.

Конечно, каждый может отказаться от диспансеризации и определенных видов вмешательств во время нее, - он имеет на это право. Но надо помнить, что достаточно часто, даже если человек считает себя здоровым, во время диспансеризации у него нередко обнаруживаются хронические неинфекционные заболевания, **лечение которых наиболее эффективно на ранней стадии.**

Видим ли мы инсульты и инфаркты, возникшие вроде бы на фоне полного здоровья или нелеченой гипертонии? К сожалению, да.

В зависимости от группы здоровья проводится профилактическое консультирование (краткое или углубленное), корректируются факторы риска, при необходимости назначаются лекарственные препараты, оказывается специализированная или высокотехнологичная помощь, назначается санаторно-курортное лечение.

Каждый житель Алтайского края может проходить диспансеризацию по месту жительства или в медицинской организации, которую он выберет (приказ Минздрава России от 26.04.2012 №406Н). Имеется два этапа прохождения диспансеризации. Все осмотры, исследования и т.д., проводимые в рамках диспансеризации, определяются в за-



висимости от возраста и пола пациента и регламентированы.

Первый этап предназначен для выявления признаков ХНИЗ, факторов риска их развития. Кроме того, определяются медицинские показания к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе. Первый этап завершается осмотром врача-терапевта, который определяет группу состояния здоровья, группу диспансерного наблюдения и проводит краткое профилактическое консультирование. На **втором этапе** проводятся дополнительное обследование и уточнение диагноза, проведение углубленного профилактического консультирования. ☺

Диспансеризация позволяет сохранить и укрепить здоровье, а при необходимости - своевременно провести дообследование и лечение. Консультации врачей и результаты тестов помогут вам не только узнать о своем здоровье, но и получить необходимые рекомендации об основах здорового образа жизни и коррекции имеющихся факторов риска. Так что не пренебрегайте такой возможностью!

Люди, сохраняющие здоровье, знают и контролируют свои факторы риска:

0 3 5 140 5 3 5

0 **НЕ** курят.

3 Ходят **3**км/**30** минут умеренной нагрузки в день.

5 Употребляют > **5** порций **овощей, фруктов в день** (1 порция = 100г).

140 Имеют уровень систолического артериального давления < **140**мм рт.ст.

5 Общий **холестерин** < **5**ммоль/л.

3 Имеют уровень **ХС-ЛНП** (холестерин липопротеинов низкой плотности) < **3**ммоль/л.

0 **НЕ** страдают абдоминальным ожирением, избыточным весом и сахарным диабетом.





Для блага каждого ребенка

В апреле 2016 года три отделения патологии новорожденных и недоношенных детей КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» успешно прошли аттестацию экспертами ВОЗ и ЮНИСЕФ и получили почётное звание «Больница, доброжелательная к ребенку».

Учреждение внесено в реестр Всемирной организации здравоохранения и имеет соответствующий знак Глобальной инициативы ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» (фото на этой странице).

В 1992 году ВОЗ и ЮНИСЕФ объявили о Глобальной инициативе по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания для усиления практики родильных отделений по поддержке грудного вскармливания. Эта Инициатива способствует улучшению введения исключительно грудного вскармливания во всем мире и во всей системе здравоохранения.

ВОЗ и ЮНИСЕФ разработали программу обучения: 40-часовой цикл «Консультирование по грудному вскармливанию: учебный курс» и пятидневный цикл «Консультирование по вопросам кормления детей грудного и раннего возраста: комбинированный курс» для подготовки работников здравоохранения, способных обеспечить квалифицированную поддержку кормящим матерям и помочь им преодолеть возникающие проблемы. В России эта практика начала внедряться только в 1998 году.

Успешное становление, сохранение и поддержание лактации для вскармливания детей грудного возраста, кроме преимуществ в развитии физического, психического здоровья и раскрытия интеллектуального потенциала, несомненно, имеет и экономические преимущества - как для семьи, так и для общества в целом.

Чтобы получить статус «Больница, доброжелательная к ребенку», каждое медицинское учреждение, оказывающее услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, принимает на себя обязательства по осуществлению «Десяти принципов успешного грудного вскармливания».

К этим принципам относятся мероприятия по:

- ◆ подготовке медицинского персонала,
- ◆ обучению беременных женщин,
- ◆ обеспечению условий для раннего начала грудного вскармливания,
- ◆ совместному пребыванию матери и ребенка,
- ◆ кормлению по требованию младенца,
- ◆ отказу от использования пустышек и сосок,
- ◆ кормлению из бутылочки,
- ◆ последующей поддержке кормящих матерей после выписки из родильного дома.

Учитывая, что в развитых странах основная доля младенческой смертности приходится на первые неделю и месяц жизни, *раннее прикладывание к груди* (в первый час после рождения) и *исключительно грудное вскармливание с рождения* являются одним из факторов снижения младенческой смертности.

Коллектив неонатологического стационара КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» первым в крае взял на себя обязательства и успешно внедрил в свою работу ос-



новные принципы успешного грудного вскармливания, лежащие в основе Инициативы ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». Целью было сформировать общественное мнение, в первую очередь, у медицинских работников, о способности каждой матери выкормить своего ребенка грудью, обеспечить поддержку грудного вскармливания новорожденным, в том числе и детям, находящимся в критической ситуации (недоношенным, детям после хирургических вмешательств), повысить роль матери в уходе за новорожденным путём обучения и повышения ее ответственности за здоровье и безопасность ребенка.

Неонатологи больницы адаптировали, учитывая особенности выхаживания маленьких пациентов, **Политику по грудному вскармливанию**, охватывающую Десять принципов успешного грудного вскармливания и соответствующую всем постулатам Всемирной организации здравоохранения. Итоговый документ утвержден главным врачом КГБУЗ «АККДБ» **К.В. Смирновым.**



За счастливое здоровое детство!

Медицинский персонал неонатологического стационара детской краевой больницы прошел обучение по 40-часовой программе ВОЗ и ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию». После прослушивания программы проведена аттестация медицинских сотрудников. В итоге в 2015 году **10 сотрудников отделений для новорожденных АККДБ получили Сертификаты консультантов по грудному вскармливанию** (на фото справа).

Дальнейшее обучение спланировано по 18-часовой программе, в которую включены три часа практических занятий (два раза в год). Каждый новый сотрудник, поступающий на работу в отделение, обязательно знакомится с политикой грудного вскармливания и проходит первичный инструктаж.

В стационаре для новорожденных детей Алтайской краевой клинической детской больницы **работает медицинский психолог**, который проводит обучение всех мамочек по программе «Психологическое сопровождение женщин, кормящих грудью». В случае нахождения ребенка в палате реанимации и интенсивной терапии мать имеет возможность посещать его, сцеживать грудное молоко, вводить его через зонд для кормления.



Ю.В. Миллер



Присвоенное звание «Больница, доброжелательная к ребенку» означает продолжение непростой работы. Регулярно эксперты ВОЗ будут инспектировать работу стационара и уровень компетенции работников в вопросах грудного вскармливания. Кроме этого, исчерпывающие консультации могут получить и коллеги - представители других учреждений родовспоможения края, чтобы и они смогли получить столь высокое звание.

По словам заведующей отделением патологии новорожденных и недоношенных детей №1 **Юлии Владимировны МИЛЛЕР**, первыми инициаторами большой работы стали психологи отделения **Татьяна Васильевна БОГУН** и **Татьяна Владимировна ГОМАН**. Осуществить Десять принципов грудного вскармливания в рамках данного отделения, в котором многие дети находятся после оперативного вмешательства, было не просто, поскольку деткам требуется особое питание в силу их состояния. Тем не менее сегодня более 40% маленьких пациентов находятся на грудном вскармливании. И это поистине очень хороший результат.

На каждом посту в трех отделениях патологии новорожденных есть информационная папка для матерей. Если здесь мама не находит ответа на свои вопросы, то необходимую помощь она получит у медицинского персонала.

- В июне этого года, накануне Дня медицинского работника, к нам пришло сообщение об успешной аттестации экспертами Всемирной организации здравоохранения нашей больницы, - рассказывает Юлия Владимировна. - В Алтайском крае мы пока единственные, имеющие такое звание. Его присвоение стало итогом большой трехлетней работы, включившей разработку документации, обучение персонала, ежедневную работу с мамочками. На конференции неонатологов, обращаясь к коллегам, я подчеркнула, что мы готовы помочь всем, кто решил присоединиться к этой Инициативе. Считаю, что все должны этим заниматься для блага детей.

Звание «Больница, доброжелательная к ребенку» накладывает на нас серьезную ответственность. Каждые пять лет мы обязаны его подтверждать. Главный итог в том, что 40% наших пациентов (недоношенных детей!) находятся на грудном вскармливании. Я не говорю, что это исключительно грудное вскармливание. В силу своего состояния дети получают усиливающие добавки - это просто показано их физиологическими потребностями. Как только они достигают определенной нормы, когда можно отменить смеси, мы делаем это. И в дальнейшем дети находятся полностью на грудном молоке. ☺





Взгляд психолога на проблему вынашивания детей



Татьяна Васильевна БОГУН,
доктор философии в области психологии (PhD), медицинский психолог, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»

Проблема вынашивания детей продолжает сохранять свою актуальность.

Вынашивание и роды - естественные функции организма женщины, и в то же время они являются переходным периодом, сопровождающимся кризисными переживаниями, которые существенно перестраивают сознание женщины и ее взаимоотношения с миром. Весть о появлении ребенка знаменует начало новой жизни для всех окружающих, и, казалось бы, это большая радость, ведь именно дети вносят в семью новый дух, новый смысл, море приятных и радостных мгновений. Но не каждая женщина психологически готова к беременности и вынашиванию.

По данным разных авторов, **10-20%** всех беременностей прерываются самопроизвольно до 12 недель, от **50-85%** выкидышей приходится на период до 13 недель. Около 5% пар переживают два и более самопроизвольных прерывания беременности подряд. С каждым последующим случаем такого прерывания беременности вероятность повторного самопроизвольного аборта возрастает **на 15 процентов**. Самопроизвольное прерывание беременности два и более раз подряд называется **привычным невынашиванием**, в популяции встречается **в 1-4% случаев**.

Оценке и выявлению причин прерывания беременности и гибели плода в перинатальном периоде, медицинскому ведению пациенток с угрозой потери беременности, лечению пациенток с самопроизвольным абортом, выхаживанию недоношенных посвящено множество трудов. В то же время русскоязычных работ, посвященных переживаниям, которые испытывают женщины, диагностике их состояния и оказанию психологической помощи, - недостаточно.

В краевом Перинатальном центре были проведены исследования женщин, находящихся на сохранении с угрозой прерывания беременности (150 человек), - эксперимен-

тальная группа, и на родоразрешении (50 человек) - контрольная.

Исследования показали следующие результаты:

- **I группа женщин (60 человек).**

В анамнезе - первая беременность. Имели стрессы в период данной беременности (48%) и/или «неблагоприятное протекание своего перинатального периода» (52%), то есть мамы этих женщин в период беременности или родов были психологически травмированы. *Базовый ресурс материнской доминанты* - низкий (60%), то есть невыстроенные отношения с родителями и/или предками. *Доминанта зачатия* - низкая (30%) и средняя (60%). Низкая доминанта зачатия может говорить о сложной ситуации в семье, разобщенных отношениях, неготовности к рождению детей. *Доминанта беременности* - средняя (70%), это говорит о неустойчивых возможностях женщины для успешного прохождения беременности и родов в дальнейшем, чудо может свершиться благодаря медикаментозному и психологическому сопровождению; низкая доминанта беременности (10%) говорит о высоком тревожном состоянии или сложной ситуации в семье;

- **II группа женщин (40 человек).** В анамнезе - прерывание одной и более беременностей, не имеющие детей, с привычным невынашиванием. Имели стрессы в период данной беременности (35%) или опыт потерь в пренатальном периоде (55%), то есть в детстве или юношеском возрасте пережили утрату близкого или значимого человека. Запечатленные чувства потери развились или усилились после предыдущих неудачных беременностей: у всех женщин в анамнезе были самопроизвольные аборты;

- **III группа (50 человек).** В анамнезе - имеющие доношенных или недоношенных детей. Также имели



Школа ответственного родительства

стрессы в период данной беременности или повторили негативный опыт женщин по материнской линии. *Базовый ресурс материнской доминанты* - средний (35%), то есть отношения с родителями и/или предками могут выстраиваться и поддерживаться, и низкий (15%). *Доминанта зачатия* - высокая (75%), что говорит о благоприятной атмосфере в семье и ориентированности на детей. *Доминанта беременности* - средняя (60%), говорит о неустойчивых возможностях женщины для успешного прохождения беременности и родов в дальнейшем;

- **IV группа - контрольная** (50 человек) - «условно здоровые». Это женщины с доношенным сроком беременности, «первобеременные» и повторнобеременные. Диагностика этой группы показала «благоприятное протекание перинатального периода» (95%), «с небольшими осложнениями, но компенсированные высокими показателями адаптации к жизни» (5%). *Базовый ресурс материнской доминанты* - высокий, что говорит о выстроенных и теплых отношениях с предками, о наличии дополнительных (эмоциональных, психологических) ресурсах для женщины в период ожидания ребенка, который может компенсировать иные недостатки. Наличие базового ресурса позволяет женщине чувствовать опору для выбора жизненных стратегий, строительства и реализации своего материнства. *Доминанта зачатия* у этой группы также высокая (95%), что говорит о готовности к родительству. *Доминанта беременности* - высокая (98%), что говорит об устойчивых возможностях женщины для успешного прохождения беременности и родов в дальнейшем.

При индивидуальном консультировании женщин экспериментальных групп были выявлены обстоятельства рождения самих мам: сложные роды, недоношенные, с патологиями; взаимоотношения между родителями и детьми показали сложную ситуацию в семейной системе, требующей ресурсной психокоррекции. Женщины I и II групп - эмоционально напряжены, неохотно шли на контакт, испытывали



страх досрочного родоразрешения. Женщины III группы сами были досрочно родоразрешены (38%), также испытывали страх досрочного родоразрешения или повторения предыдущих своих ситуаций родоразрешения, или сценария своей мамы.

Развитие женских и материнских качеств и ролей - задача всей жизни женщины, но современные женщины утрачивают свои важнейшие качества женственности и деторождения. Когда прамактерь «зачинала» ребёнка, это происходило на уровне инстинктов, она звала его и вынашивала из любви. Сегодняшние женщины часто вынашивают из страха... С того момента, когда прамактерь возжелала властвовать над мужчиной, у неё пропал инстинкт материнства, но появился упор на секс; женщина, занимающаяся сексом, не умеет зачинать дитя. А вы звали своего ребёнка? Какой сценарий вы передадите своему потомству? У прамактери разум был развит слабо, у современной женщины развит гораздо сильнее, следовательно, современная мать должна действовать более осознанно.

Результаты исследования говорят о необходимости коррекции эмоциональной сферы женщины и жизненных установок по отношению к семейной жизни, родительству и самой себе, развитию культуры чувств и поведения в семейной системе. ☺

Важным в период беременности является наличие таких черт характера, как терпение, уравновешенность, умение управлять эмоциональными состояниями, которые в данный период могут быть неустойчивыми. Всему этому женщины могут обучиться на занятиях по психофизиологической подготовке к родам.



Нарушение вкуса



**Ирина Владимировна
ДЁМКИНА,**

заведующая
стоматологическим
отделением, врач-
стоматолог, высшая
квалификационная
категория, КГБУЗ «Детская
поликлиника №9,
г.Барнаул»

Вкусовые ощущения помогают нам определять вкус пищи и других веществ, которые попадают в организм. Такие органы чувств называются вкусовыми рецепторами (в основном они располагаются на языке) и способствуют определению вкуса.

Но при определенных условиях происходит влияние на способность ощущать вкус, другими словами - пища приобретает другой, непривычный, вкус. Это аномалии вкуса, которые по-другому называются дисгевзиями. Выделяют несколько ее видов.

Агевзия - это потеря одного из основных вкусовых ощущений. **Дисгевзия** - ослабление вкусовых ощущений. Ослабление только одного из основных вкусовых ощущений называют **диссоциированной гипогевзией**. **Парагевзия** - ошибочное восприятие одного вкусового ощущения вместо другого. Наличие патологического, обычно металлического, вкуса во рту, который чаще всего является побочным эффектом приема лекарственных препаратов, называется **фантагевзией**.

На появление аномалии вкусовых ощущений у человека влияют многие местные факторы полости рта. Яркость вкусовых ощущений снижается за счет атрофии вкусовых сосочков. Этот процесс ускоряется при чрезмерном курении, приеме раздражающих веществ или при травме. Любой патологический про-

цесс, затрагивающий органы полости рта, нарушающий секрецию слюны или повреждающий вкусовые рецепторы, вызывает расстройства вкуса.

Часто причиной нарушения вкусовых ощущений являются *генетические, гормональные и метаболические заболевания* (эндокринные, анемии, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, при беременности и т.д.). *Недостаточное питание и злоупотребление наркотиками или лекарственными препаратами* часто также сопровождаются расстройствами вкуса.

Утолщенный, обложенный язык часто бывает причиной гипогевзии. Причиной обложенности языка могут быть: *дыхание через рот, гастрит, дегидратация* (обезвоживание организма). У людей преклонного возраста поверхность языка утолщается в результате *снижения саливации* (слюноотделения). Зоны вкусовых рецепторов могут блокироваться при *синдроме «волосатого» языка* или *при замене новых зубных протезов верхней челюсти*. Преходящие расстройства вкусовых ощущений встречаются при *плоском лишае, молочнице, инфекциях нёбных миндалин и глотки*.

Глоссит (воспаление языка) часто сопровождается расстройствами вкусовых ощущений. Например, гладкий красный язык со сглаженными вкусовыми сосочками наблюдается при *железодефицитной анемии* и при *синдроме Пламмера-Винсона*. Глоссит при *пеллагре*, а также красный мясистый язык при *авитаминозе А* тоже вызывают расстройства вкусовых ощущений. То же самое возникает *при длительном лечении антибиотиками*, а также *при ожогах языка горячими жидкостями*.



При ионизирующем излучении полости рта возникает сухость слизистой за счёт повреждения слюнных желёз и вкусовых рецепторов; после лучевой терапии саливация и вкусовые ощущения восстанавливаются очень медленно и часто не полностью.

Хирургические вмешательства могут повреждать афферентные пути вкусовых ощущений. Например, травма chorda tympani (лицевого нерва) при операции вызывает металлический вкус во рту, который постепенно исчезает.

При семейной дисаутономии (синдром Райли-Дея) причиной агевзии является отсутствие грибовидных вкусовых сосочков.

Метаболические заболевания и эндокринопатии часто сопровождаются нарушениями вкусовых ощущений. Больные с гипотиреозом обнаруживают снижение остроты вкусовых ощущений, а при гипертиреозе у больных отмечается небольшое обострение вкусовых ощущений; после адекватного лечения эти симптомы регрессируют. У больных сахарным диабетом может наблюдаться снижение всех четырёх основных вкусовых ощущений, которое предположительно связано с развитием периферической нейропатии и более выражено в случаях декомпенсированного диабета с сопутствующими дегенеративными осложнениями. При недостаточности коры надпочечников (болезнь Аддисона) наблюдается значительное обострение, которое нормализуется после начала заместительной гормональной терапии.

Многие лекарственные препараты вызывают аномалию вкусовых ощущений за счёт неизвестных механизмов.

Для выявления причины нарушений вкуса необходим тщательный сбор анамнеза, включающий данные о перенесенных недавно заболеваниях. У больного следует выяснить, не изменился ли за последнее время внешний вид языка. **Боль во время еды и жалобы на жжение и жар языка являются признаками глоссита, или изъязвления слизистой.**

Также необходимо изучить семейный анамнез, чтобы не пропустить возможных эндокринных заболеваний. Следует собрать подробные сведения о профессиональной деятельности больного, особенно о контакте с раздражающими или летучими жидкостями. Врач должен расспросить о вредных привычках, то есть о курении, приеме алкоголя, кокаина и нюхательного табака.

Нередко этиологию заболевания удается установить после внимательного сбора анамнеза и проведения физикального обследования. В более сложных случаях требуется повторный осмотр больного.

К счастью, патология вкуса редко бывает вызвана заболеваниями, непосредственно угрожающими жизни.

Постановка правильного диагноза приносит большое удовлетворение, которое оправдывает усилия, затраченные как врачом, так и самим пациентом. ☺

Помогаем деткам расти и развиваться

Мария Александровна ШКУРАТ,

заведующая кабинетом катамнестического наблюдения за детьми, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»

Более года на базе КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница» функционирует кабинет катамнестического наблюдения за детьми.



Главной задачей катамнестического наблюдения является профилактика заболеваний, которые могут развиваться у детей из группы риска, а также уменьшение степени отдаленных последствий врожденной и перинатальной патологии, снижение вероятности инвалидизации с детства. К группе риска относятся больные новорожденные дети, недоношенные и маловесные. Когда участковый педиатр принимает решение направить малыша для посещения кабинета катамнеза, его родители должны четко осознавать необходимость наблюдения ребенка, в том числе врачами узких специальностей, которые при необходимости проведут своевременные консультации и лечение, чтобы малыш рос здоровым и развивался соответственно своему возрасту.

Коллектив кабинета небольшой: **М.А. ШКУРАТ**, врач-педиатр первой категории, **Л.Н. ЩЕРБИНА**, врач-педиатр высшей категории, медицинские сестры **А.Ф. ВАГАНОВА** и **Н.А. ЕРУШОВА**.

Сегодня в регистре кабинета катамнеза больницы - около 900 малышей в возрасте до трех лет, что составляет практически 100% всех недоношенных детей, родившихся с низкой массой тела. Этот охват возможен благодаря преемственности в работе между отделениями выхаживания детей и кабинетом катамнеза. При выписке из отделений мамам малышей дают контактный телефон кабинета, по которому и осуществляется запись. Проведение комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий этим маленьким пациентам невозможно без объединения усилий врачей различных специальностей, хорошо ориентирующихся в проблемах врожденной и перинатальной патологии. Кабинет катамнестического



наблюдения за детьми в своей работе тесно взаимодействует со структурными подразделениями АККДБ, а также с центральными районными больницами Алтайского края, районными педиатрами, отделениями выхаживания КГБУЗ «Детская городская больница №7, г.Барнаул», КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края». Такое сотрудничество позволяет соблюдать преемственность в работе разных медицинских учреждений, быстрее и в полном объеме проводить необходимое обследование, а затем - и реабилитацию.

Таким образом, **мы имеем возможность контролировать динамику болезни и эффективность лечения наших пациентов.** Также матери получают рекомендации по профилактике аналогичных заболеваний при рождении других детей и по планированию семьи. На руки родителям в письменном виде выдаётся заключение врача с диагнозом и назначениями.

В качестве примера успешной работы врачей нескольких специальностей может служить **раннее выявление пороков сердца у новорожденных детей.** Своевременное обследование, консультирование кардиологом нашей больницы позволяет вовремя принять меры и исключить последующее развитие сердечной недостаточности.

Благодаря внедрению современных медицинских технологий в здравоохранение, системной работе врачей не только существенно уменьшилась смертность доношенных и недоношенных детей, но и вырос коэффициент выживаемости детей, родившихся с экстремально низкой массой тела.

Подчеркну, что данные положительные результаты достигнуты на фоне неуклонного ухудшения соматического здоровья беременных женщин и рожениц. И этот факт является причиной роста рождения детей с перинатальным поражением ЦНС, которое нередко сочетается с другими патологическими состояниями, свойственными этому периоду жизни ребенка. В настоящее время тяжелые перинатальные заболевания наряду с врожденными пороками развития являются основными причинами детской инвалидизации.

Раннее выявление детей с перинатальной патологией позволяет своевременно начать комплекс медико-ре-



абилитационных мероприятий. В то же время у такого грозного заболевания, каким является ДЦП, существуют возрастные рамки постановки диагноза. Поскольку оно связано с нарушением моторного развития ребенка, то только в 6-9-месячном возрасте ребенка можно говорить о риске выхода в ДЦП. По этой причине чаще всего этот диагноз ставится в годовалом возрасте ребенка. И тогда лечение, реабилитационные мероприятия следует начать безотлагательно.

Принцип катamnестического наблюдения имеет ряд выгодных аспектов не только медицинского, но и социального характера: формирование конструктивных отношений между врачом и родителями позволяет семье, имеющей больного ребенка, справиться со стрессом, обеспечить нормальную психологическую обстановку, необходимую для лечения и развития ребенка, адекватный уход за ним, его рациональное питание и правильное обязательное выполнение всех назначений врачей. Многократные встречи родителей с педиатром формируют уверенность родителей в успехе проводимых реабилитационных мероприятий, что очень важно для достижения положительного результата в лечении ребенка.

Динамическое медицинское наблюдение и проводимые на базе катamnестического кабинета лечебно-реабилитационные мероприятия в первые два года жизни детей, родившихся с экстремально низкой и очень низкой массой тела, способствуют значительному снижению уровня общей заболеваемости, улучшению показателей физического и нервно-психического развития. ☺

Посредством работы кабинета катamnестических медицинских специалисты помогают расти и развиваться ребятишкам, обеспечивая достойное качество жизни с благоприятным прогнозом на дальнейшее выздоровление.



С традициями милосердия - В ВЕК ИННОВАЦИЙ

В Астрахани 2-3 июня 2016 года состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Здравоохранение и образовательное пространство: взаимодействие образовательных и медицинских организаций в вопросах подготовки специалистов со средним медицинским образованием» с заседанием Совета директоров медицинских и фармацевтических колледжей России.

В конференции приняли участие руководители Минздрава России, руководители региональных органов управления здравоохранением, главные внештатные специалисты по управлению сестринской деятельностью субъектов РФ, ведущие специалисты в области медицинского и фармацевтического профессионального образования, директора образовательных учреждений среднего профессионального медицинского и фармацевтического образования, ведущие специалисты практического здравоохранения в области организации и обеспечения сестринской помощи населению. На открытии конференции с приветственным словом выступили: Губернатор Астраханской области **А.А. Жилкин**; заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении МЗ РФ **И.А. Купеева**; министр здравоохранения Астраханской области **П.Г. Джуваляков**; настоятель Покровского кафедрального собора Астрахани **протоиерей М.М. Пристай**.

Участники конференции собрались, чтобы обсудить актуальные проблемы модернизации и эффективного развития российской системы здравоохранения, которая в значительной степени зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки, рационального размещения и использования среднего медицинского персонала как самой объемной составляющей кадрового ресурса здравоохранения; проектирование управления сестринской деятельностью на современном этапе развития медицины; проблемы и перспективы развития среднего профессионального медицинского и фармацевтического образования в контексте Федеральных государственных образовательных стандартов и профессиональных стандартов медицинских специалистов среднего звена.



В выступлениях докладчиков конференции были обозначены приоритетные направления в области сестринского дела:

- ◆ *реализация мероприятий* («дорожной карты») по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием; самостоятельность медицинской сестры: ожидания и реальность;
- ◆ *роль медицинских профессиональных некоммерческих организаций* в развитии и внедрении инновационных технологий в практическую деятельность специалистов со средним медицинским образованием;
- ◆ *эффективное социальное партнерство* (сетевое взаимодействие) образовательных и медицинских организаций в подготовке и непрерывном профессиональном развитии специалистов со средним медицинским образованием, частно-государственное партнерство;
- ◆ *проблемы и перспективы внедрения* в образовательной организации профессионального стандарта «Педагог профессионального обучения, профессионального образования и дополнительного профессионального образования»;
- ◆ *аккредитация специалистов* - выпускников медицинских колледжей.

В рамках конференции состоялась профильная комиссия по управлению сестринской деятельностью Минздрава Российской Федерации, где от Союза МПО выступила Л.А. Плигина, член Правления СМПО, президент АРОО «ПАСМР», с докладом «Роль профессиональной ассоциации в непрерывном профессиональном развитии специалистов со средним медицинским образованием». ☺

Впереди у нас - новые свершения!

Татьяна Васильевна ЦАРЕВА,

главная медицинская сестра, КГБУЗ «Городская больница №3, г.Рубцовск», член Правления ПАСМР с 2008г.

16 июня 2016 года в городском Дворце культуры состоялось торжественное мероприятие, посвященное 60-летию КГБУЗ «Городская больница №3, г.Рубцовск».

Юбилей был приурочен к празднованию Дня медицинского работника. Более четырехсот участников торжества встречал музыкой оркестр войсковой части 6720.

В холле Дворца культуры коллективом больницы была организована выставка «Наши руки - не для скуки», где мы представили свои работы по вязанию, макраме, вышивке бисером. Вырученные средства направлены в краевой благотворительный фонд «Поддержим ребенка».

Торжественная часть открылась показом юбилейного фильма «Земля - Россия - Алтай - Рубцовск».

Коллективу нашей больницы есть чем гордиться: сформированное взаимодействие между клиническими отделениями и вспомогательными службами способствует эффективному решению основной задачи - оказанию качественной и доступной медицинской помощи населению Рубцовска.

Зал приветствовал почетных гостей, ветеранов больницы. Ведущие рассказали об истории больницы, о людях, которые создавали эту историю. По настроению в зале ощущалось единство духа единомышленников, друзей. Примечательно, что с юбилеем больницы совпала и другая дата - 30 лет руководит коллективом Рубцовской городской больницы №3 Отличник здравоохранения, депутат Рубцовского городского Совета депутатов **Владимир Андреевич БРАГИН**. Он обладает высокими организаторскими способностями, в нем присутствует сочетание человечности и профессионализма, что позволяет сохранять кол-



лектив, совершенствовать лечебно-диагностический процесс, внедряя современные методы и технологии.

Активным, преданным профессии сотрудникам больницы были вручены награды: Знак «Отличник здравоохранения», почетные грамоты Министерства здравоохранения РФ, Администрации Алтайского края, Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, краевого и городского депутатских корпусов, АРОО «ПАСМР», администрации города и медицинской организации. Были отмечены сотрудники коллектива, активно участвующие в краевых профессиональных и творческих конкурсах, городских спортивных мероприятиях и т.д.

Команда КВН «Медицинская помощь» (Перинатальный центр больницы) своим выступлением отметил 35-летнюю дату создания Центра.

По поручению президента ПАСМР **Л.А. ПЛИГИНОЙ** я, как член Правления Ассоциации, поздравила и вручила памятный подарок (видеокамеру), наградила почетными грамотами активных членов Ассоциации.

Идей и сил для их воплощения коллективу не занимать. Специально для юбилейного торжества силами сотрудников больницы был подготовлен масштабный зажигательный танцевальный флеш-моб, состоящий из 40 участников. В завершение программы были песни, танцы, фейерверк, что оставило у всего коллектива только позитивное настроение.

Впереди у нас - большие планы, которые непременно осуществятся: будут новые свершения, достижения, победы, всё то, из чего складывается успешная профессиональная судьба! ☺



Эта коварная глаукома...

Глаукому называют болезнью аристократов - она накладывает множество ограничений: нельзя недосыпать, поднимать тяжести и находиться в наклонном положении, запрещается работать в ночную смену, не рекомендуется нервничать, долго находиться в плохо освещенном месте или, наоборот, на ярком солнце, если при этом глаза не защищены специальными очками с желтым фильтром.

Глаукома может привести к серьезным необратимым изменениям в глазу и значительной потере зрения, вплоть до слепоты. По данным ВОЗ, количество глаукомных больных в мире доходит до 100млн. человек. Но половина всех больных узнают о своем недуге лишь тогда, когда 40% зрительного нерва у них уже подверглось разрушению, - потому, что в большинстве случаев **глаукома протекает бессимптомно.**

Классификация глаукомы

По происхождению: *первичная* и *вторичная* (когда глаукома - побочное и необязательное последствие других заболеваний).

По механизму повышения ВГД: *открыто-* и *закрытоугольная* глаукома.

По уровню ВГД: *гипертензивная* (умеренно повышенное Pt - от 26 до 32мм рт.ст.; высокое Pt - от 33мм рт.ст.) и *нормотензивная* (Pt - до 25мм рт.ст.).

По течению болезни: *стабилизированная* (при продолжительном наблюдении за больным, не менее 6 месяцев, не обнаруживают ухудшения в состоянии поля зрения и диска зрительного нерва) и *нестабилизированная* (при повторных исследованиях регистрируют ухудшения в состоянии поля зрения и диска зрительного нерва).

По возрасту пациента: *врожденная* (до 3 лет), *инфантильная* (от 3 до 10 лет), *ювенильная* (от 11 до 35 лет), *глаукома взрослых* (старше 35 лет).

Наиболее значимые факторы риска следующие: *возраст* (старше 40 лет), *миопия* (свыше 4,0D), *наследственность* (повышает риск болезни в 20 раз!), *общая патология* (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, системная гипотензия, аутоиммунные заболевания), *расовая принадлежность* (подвержены азиаты и африканцы).

Симптомы глаукомы

Затуманенное зрение, появление сильных головных болей и радужных кругов вокруг источника света - **это проявления лишь закрытоугольной глаукомы** (диагностируется в 10% случаев заболевания). Именно при этой разновидности болезни возможен острый приступ, чреватый быстрой и необратимой потерей зрения. По сути это быстрый и неконтролируемый подъем ВГД до 50-80мм рт.ст., не снижающийся самопроизвольно. Приступы возникают при расширении зрачка, например, в темноте или под действием мидриатиков. Снимаются в специализированном отделении стационара.

Признаки и симптомы приступа:

- *боль в глазу*, иррадиирующая в одноименную половину головы (лоб, висок), могут возникать тошнота, рвота, сердцебиение, спазмы в животе, снижение остроты зрения, затуманивание, появляются радужные круги вокруг источника света;

- *отёк роговицы;*

- *передняя камера мелкая*, зрачок расширен в виде вертикального овала до средней степени мидриаза, реакция на свет снижена или отсутствует;

- *резко выражен симптом «кобры».*

В 90% случаев возникает открытоугольная глаукома, которая зачастую протекает совершенно бессимптомно. Так как поле зрения при этом сужается постепенно (иногда годами), человек случайно обнаруживает, что один глаз у него уже не видит. Процесс поражения обоих глаз асимметричен, иногда существенно по времени.

При врожденной глаукоме признаки заболевания определяются в первые два года жизни. Чаще она встречается у мальчиков. У ребенка отмечается светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, он трёт глаза.



Светлана Николаевна САНАРОВА,

медицинская сестра операционной, первая квалификационная категория,

КГБУЗ «Городская больница №8, г.Барнаул», член ПАСМР с 2006г.

Глаукома - это оптическая нейропатия с характерными изменениями зрительного нерва и дефектами полей зрения, которые часто сопровождаются подъемами внутриглазного давления (ВГД).



Советы медицинской сестры

Независимо от симптомов каждому человеку, достигшему 40 или даже 35 лет (в случае, если есть генетическая предрасположенность), следует обязательно посетить офтальмолога и обследоваться по поводу глаукомы, а затем делать это регулярно - один раз в год.

Диагностика глаукомы

Главное диагностическое исследование при глаукоме - **тонометрия** (измерение ВГД: чем оно выше и чем дольше сохраняется на таком уровне, тем больше страдает зрительный нерв). Однако величина ВГД различна для людей разного возраста, пола, конституции, темперамента, неодинакова она при близорукости и дальнозоркости, может меняться в зависимости от времени суток и степени физической активности. Поэтому само высокое глазное давление - еще не повод для паники, хотя не обращать внимания на этот признак нельзя. У 60% пациентов болезнь развивается при нормальном давлении, поэтому полагаться только на измерение ВГД не следует.

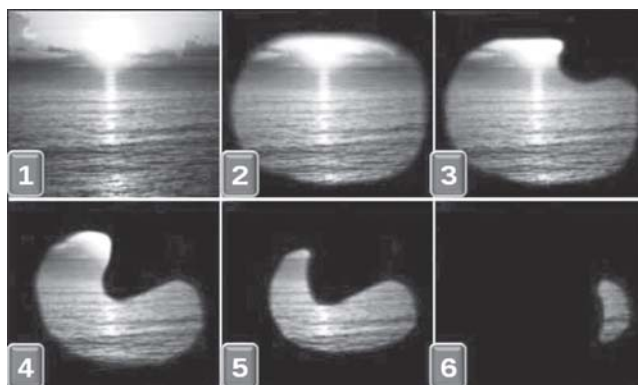
Обязательно нужно использовать и другие способы диагностики: проверка остроты зрения по таблице с буквами; исследование поля зрения, в частности, измерение периферического зрения (его слабость - признак глаукомы); осмотр глазного дна и зрительного нерва при расширенном зрачке (с помощью специальных капель); гониоскопия (исследование путей оттока внутриглазной жидкости). Для ранней и точной диагностики глаукомы может использоваться и компьютерный анализатор сетчатки.

Лечение глаукомы

Зрение, утерянное вследствие глаукомы, не восстанавливается. Однако лечение, проводимое на начальных стадиях заболевания, может остановить его прогрессирование и сохранить высокую остроту зрения. Поэтому так важна ранняя диагностика. Возможное лечение включает в себя медикаментозную терапию, физиотерапию (стимуляцию зрительного нерва и сетчатки с помощью слабых электрических токов или магнитных полей), лазерное или хирургическое вмешательство, а также комбинацию перечисленных вариантов. Выбор оперативного метода зависит от формы и стадии глаукомы, наличия сопутствующей патологии. Лазерный метод - наиболее щадящий и безболезненный, но он эффективен только на ранних стадиях заболевания.

Ведущим направлением медикаментозного лечения глаукомы является гипотензивная терапия, направленная на снижение ВГД, улучшение глазного кровотока.

Как правило, лечение глаукомы начинают с применения капель, которые поддерживают баланс жидкости в больном глазу и не дают повышаться ВГД. Эти препараты нужно капать 1-2 раза в день, и делать это придется всю жизнь. К сожалению, подавляющее большинство больных уже через год бросают это дело, - и тогда болезнь берет своё. Поэтому



Сужение поля зрения при глаукоме

при консервативном лечении обязательно нужна ответственность самого больного!

Также необходимо уметь правильно осуществлять процедуру закапывания:

- обязательно вымойте руки перед закапыванием и после него,

- посмотрите вверх, указательным пальцем одной руки оттяните нижнее веко, а другой закапывайте лекарство. Вторая капля требуется, если вы не уверены в точном попадании первой,

- отпустите веко, закройте глаз и пальцем осторожно прижмите угол глаза ближе к носу, держите палец около двух минут. Так вы предотвратите вытекание лекарства из глаза и его попадание в придаточные пазухи носа,

- не прикасайтесь пальцами к кончику пузырька. Закройте его крышечкой, как только завершите процедуру,

- если у вас дрожат руки, попросите кого-нибудь помочь вам. Также врач расскажет о специальных приспособлениях для закапывания,

- точно соблюдайте назначенный режим закапывания капель. Если вам предстоит уйти из дома надолго, не забудьте взять их с собой.

Срок годности глазных капель заводского производства - не менее двух лет, но после вскрытия флакона ими можно пользоваться не более месяца. Приготовленные в аптеке капли хранятся 7 дней со дня приготовления. До вскрытия флакона капли можно держать при комнатной температуре в затемненном месте, а вскрыть - только в холодильнике.

О любых неприятных ощущениях от закапывания больной должен обязательно сообщить врачу: некоторые глазные капли противопоказаны при диабете, бронхиальной астме, хронических заболеваниях легких, сердечной недостаточности. ☺

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



Хроническая болезнь почек: как профилактировать и лечить

Сегодня о хронических болезнях почек (ХБП) говорят как о глобальной эпидемии XXI века.

По данным статистических исследований, распространенность ХБП составляет 10-20%, что сопоставимо с такими социально значимыми заболеваниями, как гипертоническая болезнь и сахарный диабет. Эти сопоставимые цифры были получены и в индустриальных странах с высоким уровнем жизни, и в развивающихся странах со средним и низким доходом у населения.

Проблема хронических болезней почек имеет и огромное социально-экономическое значение, поскольку *хроническая почечная недостаточность ежегодно уносит миллионы жизней, приводит к тяжелым осложнениям, потере трудоспособности и необходимости дорогостоящих методов заместительной почечной терапии* (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки). Нефрология - весьма затратная отрасль здравоохранения. Так, в России, по данным регистра Российского диализного общества, различные виды заместительной почечной терапии получают более 20 тысяч человек, ежегодный прирост числа этих больных в среднем составляет 10,5%. При этом на лечение одного диализного больного в течение года в нашей стране расходуется не менее 1,5млн. рублей, что в сто раз выше подушевого норматива Программы государственных гарантий. *В России средний возраст больных, получающих заместительную почечную терапию, составляет 47 лет, то есть в значительной мере страдает молодая, трудоспособная часть населения.* Однако высокая стоимость заместительной почечной терапии - это только один из аспектов проблемы. *Ни один из существующих на сегодня методов заместительной почечной терапии не является безупречным, не обеспечивает 100% восполнения утраченных функций по-*

чек, не лишен риска осложнений. Больные, получающие заместительную почечную терапию, характеризуются в несколько раз более высокой смертностью по сравнению с общей популяцией, снижением качества жизни. Основная причина госпитализаций и смерти диализных больных - это сердечно-сосудистые осложнения, частота которых в десятки раз выше общепопуляционных показателей.

При этом *своевременно назначенное лечение способно затормозить прогрессирование нарушения функции почек*, в то время как при поздней диагностике ХБП потенциал профилактических и консервативных терапевтических мероприятий приближается к нулю.

Почему так высока распространенность хронических болезней почек? Под термином «хроническая болезнь почек» в настоящее время понимают поражение почек при самых различных заболеваниях: сердечно-сосудистых (при гипертонической болезни, хронической сердечно-сосудистой недостаточности, атеросклерозе), эндокринных (при сахарном диабете, ожирении), ревматических, онкологических и множестве других, а не только первичные почечные болезни. Интересно, что роста численности как раз чисто почечных болезней (гломерулонефрит, пиелонефрит и др.) в настоящее время не наблюдается. В структуре хронических болезней по-



Ольга Георгиевна ЖГУТ,
заведующая
нефрологическим
отделением, кандидат
медицинских наук, высшая
квалификационная
категория, КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»

По данным регистра Российского диализного общества, различные виды заместительной почечной терапии получают более 20 тысяч россиян, ежегодный прирост числа этих больных в среднем составляет 10,5%.



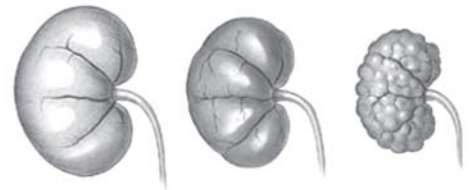


ХБП - наднозологическое понятие, объединяющее всех больных с сохраняющимися в течение трех и более месяцев признаками повреждения почек, по данным лабораторных и инструментальных исследований.

чек всё больший удельный вес занимают «вторичные» нефропатии.

Под термином ХБП, согласно концепции хронической болезни почек, предложенной американскими нефрологами в 2002 году, понимается следующее: «ХБП - наднозологическое понятие, объединяющее всех больных с сохраняющимися в течение трех и более месяцев признаками повреждения почек, по данным лабораторных и инструментальных исследований». **Маркеры повреждения почек** - это любые изменения, выявляющиеся при клинико-лабораторном обследовании. Это могут быть *изменения, выявленные при исследовании мочи и крови*: наличие белка в моче, повышенное содержание эритроцитов, лейкоцитов в моче осадке, изменение содержания азотистых компонентов, электролитов сыворотки крови и пр.; *изменения почек, выявленные при визуализирующих методах исследования* - ультразвуковых, рентгенологических и др.: аномалии развития почек, кисты, изменения размеров почек; *патоморфологические изменения, выявленные при прижизненной нефробиопсии*; *снижение скорости клубочковой фильтрации* (менее 60мл/мин./1,73м²) в течение трех месяцев и более с наличием или без признаков повреждения почек.

Остановимся на **скорости клубочковой фильтрации (СКФ)**. Она отражает функциональную способность почек: именно по ее величине устанавливается стадия хронической болезни почек. Для оценки СКФ в амбула-



Здоровая почка

ХБП

торной клинической практике применяют расчетные формулы, включающие пол, возраст пациента и концентрацию креатинина в сыворотке крови. Врач, используя определенную программу, которую имеет каждая лаборатория, уже на первом приеме способен определить этот важнейший показатель функциональной способности почек пациента и, следовательно, наличие или отсутствие хронической болезни почек.

Показатель СКФ выше 60мл/мин. свидетельствует об отсутствии почечной недостаточности. **Умеренное снижение СКФ** диагностируется при показателе **30-59мл/мин.** - это та стадия ХБП (третья по современной пятистадийной классификации), когда назначенная терапия способна затормозить прогрессирование почечной недостаточности. **При снижении СКФ до 15-29мл/мин.** речь идет уже о выраженной почечной недостаточности - четвертой стадии, по сути, преддиализной, когда развиваются системные осложнения ХБП и пациента необходимо готовить к заместительной почечной терапии. **Снижение СКФ ниже 15мл/мин.** - терминальная почечная недостаточность, именно в эту стадию начинает проводиться заместительная почечная терапия.

Какие осложнения развиваются у пациентов с ХБП? Во-первых, это **анемия**, поскольку в почках идет выработка стимулятора эритропоэза. Кстати, нередко пациент поступает в терапевтический стационар по поводу глубокой анемии, и при лабораторном обследовании у него диагностируют тяжелую почечную недостаточность, о существовании которой пациент и не подозревал. Во-вторых, это **костно-минеральные нарушения, нарушения обмена кальция и фосфора**. Кости пациентов с ХБП - хрупкие, незначительная травма может привести к тяжелым переломам. В-третьих, это **нарушение питания**,



вплоть до развития белково-энергетической недостаточности.

Чтобы сохранить функции почек, необходима ранняя диагностика как самой ХБП, так и факторов риска ее развития.

На развитие и прогрессирование хронических заболеваний почек может оказать влияние целый ряд факторов. К ним относятся: распространенность некоторых инфекций (например, вирусных болезней печени - гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции), прием ряда лекарственных препаратов (особенно анальгетиков), алкоголь и курение, состояние окружающей среды, климат, характер и традиции питания и другое. Причем, *многие факторы, ассоциирующиеся с развитием патологии почек, одновременно являются и «традиционными» сердечно-сосудистыми факторами риска*, среди которых - артериальная гипертония, сахарный диабет, возраст, мужской пол, дислипидемия, ожирение, метаболический синдром, табакокурение.

Все пациенты с ХБП или наличием ее факторов риска должны находиться под постоянным медицинским наблюдением с лабораторным контролем не реже одного раза в год.

Каковы меры профилактики хронической болезни почек?

Основой профилактики ХБП является устранение или минимизация факторов риска ее развития. В этом отношении, важно понимать, что, казалось бы, разные направления профилактической нефрологии и кардиологии тесно перекликаются друг с другом, а одни и те же мероприятия могут иметь двойной положительный эффект. Так, коррекция метаболических и гемодинамических изменений: нормализация сахара, холестерина, артериального давления, гемоглобина и прочее - может приводить к снижению риска развития как сердечно-сосудистой, так и почечной дисфункций.

Необходима **нормализация веса тела**. Результаты исследований показали, что ожирение ассоциируется с риском развития почечной недостаточности. Поэтому пациентам с избыточной массой тела даются рекомендации по ее снижению.

Курение - это дозозависимый фактор риска снижения почечной функции. При этом негативное влияние ку-



рения на состояние почек имеет место как у мужчин, так и у женщин. Однако наиболее ярко этот эффект проявляется у курящих гипертоников.

Хорошо известно, что **высокий уровень поступления поваренной соли с пищей** четко ассоциирован с развитием и прогрессированием почечной недостаточности. Имеющиеся в настоящее время данные дают основания рекомендовать для пациентов с ХБП *суточное потребление натрия не более 2,4г* (около 5г поваренной соли). Такое ограничение поваренной соли способствует и максимальному терапевтическому эффекту назначаемых препаратов.

При профилактике ХБП необходимы и **оптимизация физической активности**, и **отказ от чрезмерного употребления алкоголя**.

Наконец, в настоящее время **лекарственная нефротоксичность** становится одним из важных факторов повреждения почек. Особенно значимы в данном плане **последствия бесконтрольного приема различных нестероидных препаратов** - те, которые пациент применяет для лечения болевого синдрома различной этиологии: суставного, на фоне остеохондроза и т.д. Бесконтрольному применению этих препаратов, к сожалению, способствует их реклама в СМИ («миг, и голова не болит!» и т.д.). У пациентов же со «скомпрометированными почками» 5-7 дней приема подобных препаратов могут привести к печальным последствиям: резкому снижению функции почек, острой почечной недостаточности. ☹

На развитие и прогрессирование ХБП оказывает влияние целый ряд факторов: распространенность некоторых инфекций (вирусные болезни печени - гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция), прием ряда лекарственных препаратов (особенно анальгетиков), алкоголь и курение, состояние окружающей среды, климат, характер и традиции питания...



Терапия будущего - КИНЕЗИОТЕЙПИНГ



Анастасия Федоровна БУЗИНА,
врач по спортивной
медицине и
физиотерапии, КГБУЗ
«Алтайский врачебно-
физкультурный диспансер»

Для ускорения реабилитации после травм и в целях профилактики их возникновения, при заболеваниях опорно-двигательного аппарата (уменьшения болевого синдрома) - всё чаще используется кинезиотейпирование, или тейпирование суставов, связок, мышц, сухожилий.

Главной особенностью кинезиотейпирования является терапия, направленная не на ограничение движения, а на его увеличение, правильно наложенная аппликация кинезиотейпа, которая не сковывает движения, а в некоторых случаях даже увеличивает их показатели.

Эта методика только осваивается барнаульскими врачами, хотя первые сведения о ней в специальной литературе относятся к 70-м годам прошлого века. Впервые широко кинезиологическое тейпирование применялось в 1988 году на Олимпийских играх в Сеуле.

Подчеркну, что **метод не лечит болезнь, но облегчает состояние больного и приводит к ускоренному его восстановлению.** Это достаточно серьезное направление, которое требует конкретных медицинских знаний. Я начала заниматься тейпированием полгода назад, училась в Барнауле и Новосибирске, получила необходимый сертификат. Сейчас обучаюсь у врача-физиотерапевта из Германии по Интернету. Уже принято решение о моем участии в сентябре на Международном симпозиуме по кинезиотейпингу.

Но и сегодня метод находит применение в рамках работы Алтайского врачебно-физкультурного диспансера.

Приведу пример из практики. Футболист, играет в молодежной сборной «Динамо», получил растяжение связок с частичным надрывом правого голеностопа. Сустав полностью зафиксировали тейпами по специальной технологии. Так спортсмен проходил пять дней, дополнительно принимая физиопроцедуры. Затем, как и положено, тейпы были сняты, а через полдня наложены вновь. Отечность спала, синяк ушел, связки восстановились. На полное восстановление потребовалось 1,5 недели. Без тейпов, по обычной методике, применялся бы эластичный бинт, сковывающий движения, когда обувь было бы надеть проблематично. А тейпы позволяют жить в привычном ритме, принимать душ - они полностью водонепроницаемые.

Другой пример. Тренер по боксу, 70 лет, имеет позвоночные грыжи, остеохондроз, страдает от постоянных сильных болей. После наложения тейпов на область крестца боли значительно уменьшились, качество его жизни улучшилось. Сейчас пациент откровенно удивляется: «Как же я раньше жил?!».

Тейпы предлагают разные производители. В Алтайском врачебно-физкультурном диспансере на первом этапе мы изучили качество данной продукции, сделанной в Корее, Китае, Японии. **Лучше всех себя зарекомендовали изделия японского производства - оригинальные.** Немногим уступают тейпы, выпущенные в Корее.

С английского языка слово «tape» означает «лента», «kinesio» - «движение». **Медицинские тейпы имеют ряд особенностей:**

- ◆ состоят на 100% из хлопка;
- ◆ способны растягиваться до полного 100%-го натяжения;
- ◆ не содержат латекса;
- ◆ благодаря уникальному строению материала воздух с легкостью проникает к коже, позволяя ей дышать;
- ◆ наличие специального клея на одной стороне тейпа обеспечивает его надежную фиксацию на коже;
- ◆ тейпы можно носить, не снимая, до пяти дней;
- ◆ тейпы водостойкие, значит, с ними можно смело идти в душ.

При сенсорном тейпировании используются **эластичные ленты**, не ограничивающие движение сустава. При этом уменьшается боль, улучшается циркуляция крови.

Разработаны несколько техник наложения тейпов, каждая из них решает свою задачу: если необходимо уменьшить боль и зафиксировать сустав, - одна техника, если хотим улучшить отток лимфы, снять отечность, - другая. Интересные результаты получены при наложении тейпов на швы через десять дней после операции - рубцы заметно уменьшаются.



Есть другой вариант тейпов - **жесткие**: они белые, устроенные по типу лейкопластыря, надежно фиксируют конкретный сустав.

Кинезиологическое тейпирование, несмотря на достаточно большое количество положительных эффектов, всё же имеет некоторые **противопоказания**: это - непереносимость материалов, применяемых для тейпирования, наличие кровотокающих ссадин и ран на поверхности сустава, наличие кожных заболеваний, варикозная болезнь вен - по показаниям.

При правильном наложении тейп не вызывает у человека практически никаких субъективных ощущений. Если же появляются дискомфорт, ограничение подвижности сустава, чувство чрезмерного сдавливания, в этих случаях необходимо ленты удалить и заново провести тейпирование.

Способность при помощи тейпирования снижать нагрузку на мышцы и соединительно-тканые элементы опорно-двигательной системы связана с тем, что ленты фиксируют кожу. Кожа посредством фасций связана с подлежащими мышцами. Таким образом, зафиксировав кожу, мы опосредованно фиксируем и мышцу, не позволяя ей производить растяжения и сжатия свыше определенной амплитуды.

В настоящее время тейпирование применяется для решения очень многих проблем, связанных с функционированием опорно-двигательного аппарата. И если раньше тейпирование широко применялось лишь в спорте, то теперь все выгоды, которые дает использование метода эластичной фиксации тейпами, оценили и те врачи, которые не связаны со спортивной медициной. В связи с этим появилось большое количество методов и техник наложения тейпов, разрабатываются специальные материалы для тейпирования, которые позволяют пациенту длительно носить фиксирующие ленты на теле без дискомфорта и ограничений. На сегодня выделяют:

◆ **функциональное тейпирование**, которое применяют профессиональные спортсмены, чтобы улучшить свои спортивные результаты, и для профилактики травм. В этих случаях тейпы наносятся на кожу до начала тренировки и снимаются сразу после нее. Например, тейпирование коленного



сустава применяется для профилактики повреждения мениска коленного сустава, для снижения гипермобильности коленного сустава и прочее;

◆ **лечебное иммобилизационное тейпирование**, которое позволяет снизить нагрузку на больной сустав, ограничив амплитуду его движений, снижает риск развития осложнений. Примером этого вида тейпирования может быть лечение вывиха плечевого сустава с использованием тейпов, которое позволяет в более ранние сроки после травмы начать активные движения в суставе и в большинстве случаев избежать развития такого осложнения, как артроз плечевого сустава;

◆ **реабилитационное кинезиотейпирование**. Это целый ряд корректирующих техник, которые позволяют предотвратить перенапряжение травмированной области, улучшить лимфоток, облегчить функционирование больного сустава, уменьшить боли, отечность тканей и гематомы. Применяется реабилитационное кинезиотейпирование при травмах мягких тканей, в лечении ран для профилактики развития келоидных рубцов, растяжении связок, например, плечевого сустава.

Положительные результаты при тейпировании получены у беременных женщин: у них существенно снижались или полностью снимались болевые ощущения; у детей с ДЦП достигается напряжение одних мышц и расслабление других. Думаю, что возможности данной методики будут дополняться и в дальнейшем с учетом растущего опыта специалистов в данной области. ☺

Технология наложения тейпов не сложная, но требует медицинских знаний анатомии человека. Не раз слышала от пациентов: когда накладываете тейпы вы, то результат лучше, разница очевидна. Повторю: важен опыт врача и правильная техника, иначе можно навредить пациенту.



Почему мы болеем летом?



Ярослава Валерьевна ЯКОВЕЦ,

врач-уролог, высшая квалификационная категория, кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии и нефрологии АГМУ

На улице солнце, даже в тени чувствуется жой, а у человека развивается воспалительное заболевание, мешающее с удовольствием проживать лучшие месяцы в году. Давайте разберем типичные ошибки современного человека.

Во-первых, они касаются **использования кондиционера**. В рабочем помещении и дома на нем часто устанавливается режим 16-18°C. Выходя из такого прохладного помещения, человек попадает в разные температурные зоны, к которым организму приспособиться непросто. То же самое происходит, если в машине при поездках работает кондиционер. От значительных перепадов температуры страдают мелкие кровотоки, что нарушает жизнеобеспечение почек и мочеполовой системы.

Не призываю отказываться от кондиционеров, но пользоваться ими надо грамотно, учитывая «технику безопасности». Понятно, *нельзя сидеть под потоком воздуха*, который выдает система охлаждения. *Надо учитывать потоки воздуха от кондиционера*: как они идут, как отражаются от стен и мебели. В жару не стоит программировать режим оптимальной прохлады. *Разница температуры на улице и в помещении не должна превышать 10 градусов*. Если перепад больше, риск простудиться возрастает. Выставляемая температура должна быть **23-25°C**. Если в машине вы едете на небольшие расстояния, целесообразнее просто открыть окно. В магазинах, где температура кондиционирования максимально низкая, следует находиться как можно меньше. Помните, что сосудистый стресс при резкой смене температурного режима - один из серьезных механизмов запуска воспалительного процесса.

Если при включенном приборе появились першение в носу, горле, зуд в глазах, - это повод для проверки кондиционера. Систему охлаждения, работающую дома, раз в год должны профессионально чистить специалисты. В вентиляционной системе кондиционера за время межсезонного простоя размножаются вредные бактерии, которые могут вызывать различные заболевания, в том числе респираторные. По этой же причине нужно периодически менять испаритель кондиционера, который установлен в автомобиле.

Второй летний вопрос: **сколько нужно в сутки выпивать воды?** В жаркие дни - **минимум 2,5 литра воды**, чтобы сохранить водный баланс в организме. Подчеркну: именно воды, не чая. Нагрузка на организм в летнее время оказывается даже больше, чем в зимнее. Если жидкости в организме не хватает, перестанут нормально работать мелкие сосуды, а значит, начнутся неполадки в органах: поч-

ках, кишечнике, органах малого таза. Вспомним и о вертикальной нагрузке: при обезвоживании организма кровь уходит вниз, и верхняя часть тела при этом заметно обеднена кровотоком. Если уже есть проблемы с сосудами, при недостатке воды в организме создается среда для развития инфекции. Приходит вечером человек домой, ужинает, ложится горизонтально отдыхать, возникшая инфекция расходуется по всему организму. И через несколько дней болезнь заявит о себе в зависимости от того, насколько нарушился кровоток или отработали дополнительные провоцирующие факторы. Неправильное питьевое поведение человека может обернуться острым пиелонефритом, у женщин - острым циститом, у мужчин - простатитом.

Воду надо пить глотками. Литр, выпитый за раз, пройдет через организм транзитом и не решит проблему.

Летом очень важно понимать, что вы пьете. Часто человек покупает воду с газом и пытается сделать так, чтобы он вышел. Но это не решение вопроса: выйдут пузырьки, но в воде газ остается в растворенном виде, что очень вредно для сосудов.

Также **надо остерегаться речной и родниковой воды непроверенного качества**: сложно сказать, что накопили грунтовые воды.

Проявлением того, что организму не хватает жидкости, могут быть отеки на ногах. То есть: если вы не восполнили запас жидкости, организм начинает ее запасать, задерживая ее. Таким образом, если человек пьет еще меньше, отеки становятся еще больше. Тогда человек принимает ошибочное решение: пить мочегонные таблетки. На самом деле они не снимут отеки, а только усугубят эту проблему. Поэтому нужно посетить врача-уролога, чтобы проконтролировать ситуацию. Ультразвуковое исследование сосудов на сегодняшний день является хорошим скрининговым методом, позволяющим увидеть, что происходит с сосудами.

Третий вопрос - купание. Стоит избегать переохлаждения во время купания в водоемах. После выхода из воды нужно как можно быстрее переодеться в сухое. Это позволит не допустить запуска таких заболеваний, как цистит и простатит. Если же, несмотря на все меры предосторожности, произошло обострение данного недуга, - немедленно обратитесь за лечением к врачу. ☺



Учить собственным примером

Площадка у дома №57 по Красноармейскому проспекту Барнаула давно перестала быть только детской. Качели и лесенки, конечно, привлекают малышей. Недавно здесь установили теннисный стол и несколько турников разного размера.

Доброжелательная атмосфера, возможность попробовать свои силы - это не только интересно, но и полезно для здоровья, а для подростков - хорошая альтернатива летнему времяпрепровождению.

У многоэтажного дома ограниченная придомовая территория. Но только обозначенные границы едва ли помогли, не будь в этом доме боевого товарищества собственников жилья. ТСЖ удалось отграничить место под автостоянку, оборудовать детскую площадку, доказать, что на ней должен быть теннисный стол. И благодаря этому теперь на дворовой площадке есть место всем.

Инициатором установки турников стал **Валерий МАРЧЕНКО**, который и поставил конструкции с учетом всех требований техники безопасности. Теперь для многих пап день начинается с упражнений на площадке. Не пустует и теннисный стол. Благодаря спорту соседи ближе познакомились друг с другом, и в жизнь многоэтажки заметно прибавилось позитива.

26 августа здесь прошли первые в истории большого дружного коллектива жильцов соревнования по настольному теннису, подтягиванию на турнике и отжи-

манию из положения лежа. К участию приглашались все желающие.

Настоящим организатором и вдохновителем стала **Нина Александровна СГРАБИЛОВА**, председатель ТСЖ. Она не только любит спорт, но и хорошо знает жильцов дома, умеет найти слова, важные для каждого, и поддерживает лучшие инициативы жильцов. На открытии Нина Александровна рассказала:

- Дворовый чемпионат по настольному теннису мы проводим, поддерживая наших паралимпийцев. Замечательно, что сложился



коллектив взрослых и подростков, которые играют с азартом. Наши победы без мелодния - у нас всё по-спортивному чисто и честно!

Можно долго убеждать ребенка делать утреннюю зарядку, уговаривать заняться спортом. Жители же этого дома собственным примером показывают, что здоровый образ жизни - главное условие успеха для каждого из нас.

По демократичности судейства данным соревнованиям не найти равных. Например, на турнике мальчики подтягивались разными способами - как могли. Но как они старались! Девочкам предложили



просто повисеть на перекладине на время, что они с удовольствием и делали. Участники получали и очки, и плюсики, которые суммировались и становились реальным добавлением к оценке. О себе будущие чемпионы заявляли по-разному: кому не хватало смелости, шептали фамилию судьбе - и он всё слышал, записывал, громко подсчитывая очки.

Многие победители этих соревнований серьезно занимаются спортом. Так, **Даша МЯДЕЛЕЦ** увлечена волейболом. Ей удалось отжаться из положения лежа 55 раз. Главным ее болельщиком стал папа **Дмитрий Николаевич**, который работает в АГМУ на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. По его признанию, они с супругой выбрали те же принципы воспитания, что были главными у его родителей: дружба со спортом, соблюдение принципов здорового образа жизни. В школьные годы Дмитрий Николаевич занимался хоккеем, борьбой, плаванием, остановился на волейболе. В годы студенчества защищал честь родного вуза, входил в состав сборной АГМУ по волейболу.

Праздник плавно перешел в августовский вечер. И даже когда спустились сумерки, теннисный стол не пустовал. Здесь не говорят о необходимости активного отдыха - здесь именно так и отдыхают!





Лауреат Губернаторской премии среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота Союза журналистов России



Благодарность от Управления Алтайского края по физической культуре и спорту

Общественный Редакционный совет

- Арсеньева Нина Григорьевна** - главный врач КГБУЗ «Детская городская поликлиника, г. Рубцовск»
- Вейцман Инна Александровна** - врач-эндокринолог высшей категории, к.м.н., доцент кафедры госпитальной и поликлинической терапии с курсом эндокринологии Алтайского государственного медицинского университета
- Веселовская Надежда Григорьевна** - д.м.н., ассистент кафедры терапии и общей врачебной практики ФПК и ППС Алтайского государственного медицинского университета
- Кравцова Людмила Ивановна** - главный врач КГБУЗ «Рубцовская ЦРБ»
- Козлова Ирина Валентиновна** - к.м.н., главный редактор краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи»
- Костромичева Марина Вячеславовна** - главный врач КГБУЗ «ЦРБ с. Завьялово»
- Лазарев Александр Федорович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики Алтайского государственного медицинского университета, главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»
- Лещенко Владимир Алексеевич** - к.м.н., исполнительный секретарь Медицинской палаты Алтайского края, директор КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж», директор, заместитель председателя комитета по здравоохранению и науке АКЗС
- Миллер Виталий Эдмундович** - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней Алтайского государственного медицинского университета, заместитель главного врача по поликлинической работе КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»
- Насонов Сергей Викторович** - к.м.н., заместитель начальника Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности Алтайского края
- Плигина Лариса Алексеевна** - Президент Профессиональной сестринской ассоциации Алтайского края
- Ремнева Надежда Степановна** - к.с.н., председатель Алтайского краевого отделения Всероссийской неправительственной общественной организации Союз женщин России, Председатель Общественной женской палаты при Губернаторе Алтайского края
- Ремнева Ольга Васильевна** - д.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе (по поликлинической помощи) КГБУЗ "Перинатальный центр (клинический) Алтайского края"
- Салдан Игорь Петрович** - д.м.н., профессор, ректор Алтайского государственного медицинского университета
- Фадеева Наталья Ильинична** - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Алтайского государственного медицинского университета
- Шубенкова Наталья Михайловна** - мастер спорта СССР международного класса, начальник отдела по работе с трудящейся и учащейся молодежью управления Алтайского края по физической культуре и спорту
- Шульц Татьяна Эргартовна** - заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая детская больница»
- Яворская Светлана Дмитриевна** - д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии Алтайского государственного медицинского университета

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

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

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Креативный редактор - Лариса Юрченко.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

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

Адрес работы с общественными представителями: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.

E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Смирнов Е.В.:

656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать офсетная. Тираж - 5000 экз. Цена свободная.

Время подписания в печать: по графику - 14:00 30.08.2016 г., фактически - 14:00 30.08.2016 г. Дата выхода: 04.09.2016 г.

Подписной индекс - 31039

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

«Больница, доброжелательная к ребенку»

- такое почетное звание, по мнению экспертов ВОЗ и ЮНИСЕФ, заслужил коллектив неонатологического стационара Алтайской краевой клинической детской больницы



Заседание Президиума

г. Белокуриха

Государственного совета России в Алтайском крае

26 августа 2016 г.



Фото с Официального сайта Администрации Алтайского края altairegion22.ru

Стр. 10-11

