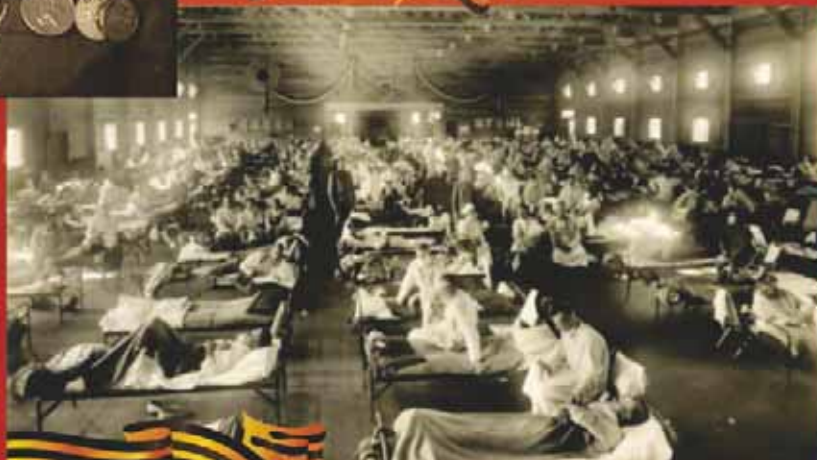


6+

# ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№5 (209) .МАЙ 2020



## Медики - всегда на передовой!

*Светя другим - сгораю сам*

В 75-летний юбилей Победы в Великой Отечественной войне с майского номера журнала часть материалов мы планируем посвятить военным медикам Алтайского края, торжествам, посвященным их памяти.

Мой сокурсник, создатель и руководитель Музея истории медицины Алтая Иван Генрихович Беккер с коллегами подготовили новую экспозицию, посвященную 75-летию Победы. По многолетней традиции именно ее торжественное открытие должно было дать старт и серии публикаций в журнале. Но, увы, оно не состоялось! Музей пока закрыт для доступа посетителей и сотрудников - COVID-19 и в эти планы внес свои коррективы.

Медики на любой войне - это особая тема, и от готовности системы здравоохранения противостоять санитарным потерям, восстановлению здоровья военных и гражданского населения во многом зависит исход и войны, и послевоенного восстановления страны.

COVID-19 в очередной раз наглядно показал обществу, что в организации медицинской помощи нет мелочей. Что врачи, медицинские сестры, лаборанты, рентгенологи, санитарки, технический персонал госпиталей, поликлиник - именно они, испытывая лишения и трудности на передовой, как и в военные годы, противостоят беде. Их сегодняшний профессиональный, гражданский подвиг совершенно неожиданно изменил отношение общества ко всей системе отечественного здравоохранения, к специалистам, работающим в ней. Работающие в медицине справедливо услышали заслуженные слова признательности и уважения.

С другой стороны, руководство страны встало перед необходимостью экстренного усиления существующей системы здравоохранения, ее переоснащения, принципиального изменения финансирования отрасли.

Безусловно, особенно в начальный период, медицинские учреждения особо остро испытывали проблемы со средствами индивидуальной защиты, недостаток аппаратуры, медикаментов... Наверное, ряд решений и мер, принятых в авральном режиме, впоследствии будут признаны несвоевременными или недостаточными... Но в целом - то, какими темпами по всей стране были развернуты на существующих площадях или построены заново инфекционные госпитали, как форсированно решались вопросы оснащения оборудованием, СИЗами, как был мобилизован медицинский персонал, - вызывает уважение и, безусловно, ставит задачу «работы над ошибками» по организации медико-санитарной помощи в стране в дальнейшем.

Медики действительно оказались на переднем фронте, на передовой. Мне кажется, определенные аналогии с периодом Великой Отечественной войны в данной ситуации вполне уместны. Изучая материалы об организации медицинской помощи раненым и больным во время войны, с одной стороны, восхищаешься героизмом и самоотверженностью медиков, с другой, - по-иному оцениваешь ту организаторскую роль, которую взяли на себя руководство страны и территорий, организаторы-медики. Как в эту работу по факту было вовлечено огромное количество гражданского населения! Много в материалах того времени, как отмечают исследователи, и белых пятен...

Надеюсь, верю, что в истории медицины сегодняшних дней не останется белых пятен. Власть при активном и всестороннем участии профессионального сообщества из явных просчетов и ошибок в системе оказания медицинской помощи сделает соответствующие выводы и предпримет практические действия. И труд медиков будет по заслугам оценен как по итогам пандемии, так и впоследствии. Как бы кому-то это не показалось пафосно, но медики всегда были и остаются на передовой! И это факт!



В Великой Отечественной войне за Родину сражалась вся страна. Обезлюдил города и села края - не один эшелон сибиряков был отправлен на фронт. Немыслимыми темпами в крае практически в чистом поле возводились эвакуированные промышленные предприятия - не зря сегодня, в год 75-летнего юбилея Победы, четыре города Алтайского края заслуженно претендуют на почетное звание «Город трудовой доблести». Но при этом Алтайский край оставался и главной хлебной житницей страны.

То, что наш край стал одним из важнейших центров лечения и восстановления раненых и больных воинов, - эта тема не столь широко известна. Так, уже к августу 1941 года в крае были развернуты 12 эвакуогоспиталей на 4000 коек, которые специализировались на общей хирургии и терапии. Ожесточенные бои и значительные потери в первые месяцы войны потребовали формирования дополнительных эвакуогоспиталей. Часть из них была эвакуирована из прифронтовых районов страны - и к концу 1941 года их было уже 91. Всего же в годы Великой Отечественной войны в Алтайском крае было свыше 130 (!) эвакуогоспиталей при изначально планируемых 20. В них работали более 1000 врачей и 3000 средних медработников, в числе которых 18 крупных научных сотрудников, 4 профессора, 5 доцентов, 9 кандидатов медицинских наук, ассистенты и другие высококвалифицированные сотрудники. За годы войны наши советские медики вернули в строй 72,3% раненых и 90,6% больных воинов - это почти 18млн солдат и офицеров с боевым опытом.

**Мы решили частично восполнить этот пробел и начинаем серию публикаций, посвященных военным медикам Алтайского края.**

# Медики - всегда на передовой!

**Наш первый собеседник - один из активных исследователей организации и функционирования эвакуогоспиталей в Алтайском крае в 1941-1945 годы - Марина Петровна КИПРИЯНОВА, руководитель Центра развития детского туризма КГБУ ДО «Алтайский краевой центр детского отдыха, туризма и краеведения «Алтай». Результатом ее кропотливой работы стала защита в 2015 году кандидатской диссертации «Эвакуогоспитали Алтайского края в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 годы)».**

**- Марина Петровна, из вашей работы было интересно узнать, что сама система эвакуогоспиталей начала формироваться еще в 1939 году...**

- В своем исследовании мы обращались к доступным опубликованным материалам, музейным фондам, но значительную часть информации находили в фондах Государственного архива Российской Федерации, филиала Центрального архива Минобороны России (Санкт-Петербург), в фондах Государственных архивов Новосибирской области и Алтайского края.

Учитывая возрастающую опасность вовлечения советского государства в мировую войну, руководство СССР приняло комплекс мер, цель которых была заблаговременная подготовка мобилизационной, в том числе медико-санитарной базы. На полях сражений применялись новые виды оружия, боевой техники и авиации, что выявляло серьезные проблемы в советской военной медицине: это - недостаточное количество узкоспециализированных медицинских кадров, отсутствие опыта работы с отдельными видами ранений и заболеваний, необходимость сортировки и эвакуации раненых в связи с вынужденной мобильностью полевых госпиталей, недостаточная промышленная и сырьевая база для выпуска медицинских препаратов.





Народный комиссариат обороны (НКО) СССР, Совет народных комиссаров (СНК) СССР и Народный комиссариат земледелия (НКЗ) СССР

приступили к переработке планов создания сети госпиталей военного времени. Новый лечебно-эвакуационный план основывался на статистических данных прошлых войн - Первой мировой, Советско-финской и начала Второй мировой войны, исходя из подсчета процентов ранений различных областей тела и установления количества ожидаемых санитарных потерь.

Согласно принятому СНК СССР постановлению №28 «О порядке отвода, приспособления и оборудования помещений для формируемых в военное время госпиталей» от 26 мая 1939 года, для эвакуогоспиталей предполагалось отводить лучшие по оснащению помещения, как правило, это были школы, гостиницы, учебные заведения, клубы и дома отдыха. Это же Положение утверждало перечни приспособительных и ремонтных работ, осуществляемых в мирное и в военное время.

Установленное санитарно-техническое оборудование в мирное время могло использоваться для нужд учреждения, при этом ответственность за его исправность и сохранение возлагалась на руководителя учреждения или организации, или владельца самого помещения. Так, ежегодно в марте и сентябре 1939-1941 годов комиссии проводили проверку помещений, и при выявлении нарушений виновные привлекались к судебной ответственности. Если развертываемому госпиталю не хватало мобилизационных запасов хозяйственного оборудования, то исполкомы и горрай-



советы в мирное время приписывали к госпиталям имущество из других учреждений с изъятием его в период мобилизации.

В соответствии с Приказом НКО СССР №310 от 4 ноября 1940 года «Об ускорении работ по приспособлению зданий школ Наркомата просвещения под госпитали в военное время» в ноябре и декабре 1940 года была проведена проверка готовности приспособленных под госпитали школ Алтайского края.

По мобилизационному плану МП-41 с началом военных действий в тыловых районах страны предполагалось развернуть госпитали на 450 тысяч коек. С началом Великой Отечественной войны Алтайский край приступил к развертыванию по этому плану 12 эвакуогоспиталей общехирургической и терапевтической специализации, рассчитанных на 4000 коек. Сеть эвакуогоспиталей включала в себя 4 госпиталя в Барнауле (на 1300 коек), 6 госпиталей в Бийске (на 1900 коек), по одному госпиталю в Славгороде (на 300 коек) и в Рубцовске (на 500 коек). Из централизованных республиканских фондов на приспособление помещений под эвакуогоспитали Алтайскому краю было выделено 2369 рублей. И уже в июле-начале августа 1941 года эвакуогоспитали первой очереди были развернуты и готовы к приему раненых.

**- Из рабочих материалов видно, какой колоссальный объем работы был проделан: при подготовке госпиталя предусматривалось всё буквально до мелочей. К тому же был организован постоянный контроль хода подготовительных работ с жестким наказанием несправившихся с заданием...**

- Да, подготовка была проведена серьезная, но уже первые бои Красной Армии, отличающиеся жестокостью, привели к большому числу не только боевых, но и санитарных потерь, которые превысили все довоенные расчеты. Поэтому по Постановлению СНК СССР №1829-821 от 7 июля





1941 года «О дополнительном формировании эвакуогоспиталей» в Алтайском крае в сентябре этого года началось развертывание госпиталей второй очереди на 12300 коек, из них 1230 коек - на базе больниц, 500 коек - в санаториях и домах отдыха, 10570 коек - в других помещениях. И расходы по оснащению и содержанию эвакуогоспиталей дополнительного формирования существенно возросли - до 12507 рублей, из них 4007 рублей - за счет местного бюджета.

Формирование эвакуогоспиталей планировалось провести в 1941 году к 1 августа, 1 сентября, 1 ноября, а также к 1 января 1942 года.

Как уже было сказано, для формируемых эвакуогоспиталей второй очереди отводились гражданские лечебные учреждения: поликлиники, больницы, родильные дома, амбулатории и другие. Так, для эвакуогоспиталей №2505 в Славгороде, №2503 в Пospelихе, №2504 в Топчихе, №2500 в Алейске были предоставлены здания районных больниц с оборудованием и больничным имуществом. Замечу, что предоставление помещений под эвакуогоспитали осложнялось большим количеством пребывающего в край эвакуированного населения: наблюдалось ухудшение санитарно-эпидемиологической обстановки, так как гражданская лечебная сеть не располагала достаточным количеством ресурсов для оказания медицинской и санитарной помощи в таком объеме. Если обратиться к цифрам, увидим, что в период с 27 июля по 31 августа 1941 года Алтайский край принял и разместил 17100 человек, а уже на 4 октября количество эвакуированного населения возросло до 32000 человек. Поэтому некоторые районные и городские отделы здравоохранения обращались в Алтайский крайисполком и крайздрав с просьбой вернуть часть лечебных учреждений и их имущества в гражданскую сеть.

Часть эвакуогоспиталей второй очереди сроком готовности с 1 августа 1941 года по 1 января 1942 года не развертывались до особого распоряжения НКЗ РСФСР. Учитывая возможности значительного увеличения числа раненых и больных воен-



нослужащих, предусматривались резервные эвакуогоспитали, где заранее создавались необходимые условия для готовности к приему раненых в короткие сроки.

Уже в сентябре 1941 года, согласно плану эвакуации, в Алтайский край начали поступать первые госпитали из оккупированных территорий страны и с линии фронта. На Алтай с октября 1941 года по апрель 1942 года прибыли 57 госпиталей на 22600 коек, эвакуированных преимущественно с территории Украинской и Белорусской ССР.

Для руководства и контроля за работой эвакуогоспиталей при Алтайском крайздраве был организован отдел эвакуогоспиталей, в годы войны его начальником был П.А. Тонконогов.

**- Кажется, это довольно сложная организационная задача, учитывая отличные от современных возможностей коммуникации?**

- Госпитальная система Алтайского края состояла из эвакуогоспиталей, подчиненных различным ведомствам. И на первом этапе войны это значительно затрудняло повседневную и организационную их работу: зачастую распоряжения и указания ведомств, поступающие в адрес эвакуогоспиталей, были противоречивыми и взаимоисключающими. На согласование важнейших вопросов затрачивалось дорогое время. Большое число развернутых эвакуогоспиталей потребовало от руководства СССР привлечения большого количества специалистов с опытом административной работы от 5 лет. Понятно, что недостаток специалистов управленческого звена имелся в Алтайском крае еще накануне войны и крайне обострился с ее началом и массовым призывом военнообязанных в 1941-1942 годах.

Система управления эвакуогоспиталями постоянно совершенствовалась в ходе войны. Менялась дислокация, специализация и количество эвакуогоспиталей. Определенная стабилизация этой системы в Алтайском крае произошла только к середине 1944 года: во многом это объяснялось накопленным опытом, сокращением числа эвакуогоспиталей и перераспределением ресурсов и кадров. ☹

*Продолжение следует*



# Анатолий Бондаренко: «Хороший результат лечения - это когда пациент забывает, что получал травму»

*В преддверии Всемирного дня травматолога, который отмечается 20 мая, мы побеседовали с Анатолием Васильевичем БОНДАРЕНКО, заведующим травматологическим отделением №2, краевым центром тяжелой сочетанной травмы КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом РФ, врачом-травматологом-ортопедом высшей квалификационной категории, победителем и дипломантом краевого смотра-конкурса «Лучший врач года-2019» в номинации «За создание нового метода лечения».*



В травматологическом отделении №2 впервые была внедрена в практику оригинальная методика остеосинтеза ребер при множественных переломах и реберном клапане.

**- Анатолий Васильевич, расскажите, что это за метод лечения и в каких ситуациях он необходим?**

- Данный метод касается лечения множественных фрагментарных переломов ребер. К примеру, во время серьезных ДТП человек часто получает тяжелую травму грудной клетки. Иногда повреждаются сразу несколько ребер, причем каждое может быть сломано в нескольких местах. Ситуация очень серьезная.

Дыхание человека формируется следующим образом: мышцы поднимают ребра, увеличивая объем грудной клетки, происходит вдох, а затем мышцы расслабляются, ребра опускаются - в результате происходит выдох. Но если имеется перелом ребра в нескольких местах, то образуется так называемый реберный клапан. Это значит, что при вдохе сломанный участок западает и не участвует в акте дыхания. Возникает парадоксальное дыхание - при вдохе человеку не хва-

тает воздуха, развивается тяжелая дыхательная недостаточность, которая может привести к его гибели.

В этих случаях пострадавшему для восстановления реберного каркаса за фрагменты ребер накладываются скелетное вытяжение при помощи спиц или лески. Однако это приковывает пострадавшего к постели и требует проведения искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) до тех пор, пока все переломы ребер не срастутся, то есть приблизительно 3-4 недели. За это время часто развиваются тяжелые осложнения, способные привести к гибели пациента.

Поэтому в настоящее время специалисты делают попытки остеосинтеза ребер - скрепления их фрагментов различными металлоконструкциями, как это происходит при переломах костей конечностей. Но в отличие от тех же костей конечностей грудная клетка заключает в себе жизненно важные органы: лёгкие, сердце, крупные сосуды - и случайная интраоперационная их травма может мгновенно привести к гибели пациента. Этот момент и сдерживал широкое использование остеосинтеза ребер при травме.

**- И как же быть?**

- Мною, а также ординатором нашего отделения кандидатом медицинских наук **Андреем Александровичем МЕНЬШИКОВЫМ** совместно с доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Алтайского государственного медицинского университета **Евгением Александровичем ЦЕЙМАХОМ** был предложен метод остеосинтеза ребер при переломах с использованием оригинального инструмента, который позволяет осуществлять такие операции без риска повреждения жизненно важных структур во время проведения операции.

Остеосинтез - это фиксация сломанной кости в естественном положении, а суть нашего инструмента в том, что он имеет ряд приспособлений с ограничителями, которые позволяют выполнить все манипуляции с наименьшими рисками. Поэтому изобретение назвали просто - «инструмент для остеосинтеза ребер». Методика абсолютно новая, на нее получен государственный патент РФ. ▶



В травматологическом отделении №2 ККБ СМП открыты 60 коек для оказания экстренной специализированной помощи пациентам с политравмой. Отделение является клинической базой кафедры специализированной хирургии по урологии, травматологии и офтальмологии и кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии АГМУ.

Такие операции выполняются в очень немногих клиниках России. У нас же имеется достаточный опыт работы с такими пациентами. Кроме того, мы проводим не только остеосинтез ребер, но и остеосинтез грудины при переломах.

**- Это не первое изобретение вашего отделения?**

- Сотрудники отделения имеют 8 патентов, касающихся лечения переломов бедра, голени, таза, пяточной кости и других сегментов скелета. Это то, что мы с коллегами самостоятельно разработали, внедрили в практику, что позволило нам регулярно на базе больницы проводить конференции, обучающие семинары по вопросам травматологии и ортопедии. Стараемся не стоять на месте, привносить что-то новое в работу.

Врачами отделения опубликовано более 350 научных работ в местных, центральных и зарубежных медицинских СМИ. Защищены 2 докторских и 11 кандидатских диссертаций, изданы 12 монографий и методических руководств.

**- Сколько пациентов в среднем в месяц нуждаются в помощи при реберном клапане?**

- Один-два пациента в месяц, но тут всё не так просто. Во-первых, это тяжелые пациенты после серьезных травм - их не может быть много, а во-вторых, существует много факторов, которые определяют нашу работу. Например, не всем пациентам можно применять данный метод в силу медицинских противопоказаний.

**- Наверное, некорректный вопрос, но всё же спрошу. Классический вариант лечения пациента с реберным клапаном и тот, что запатентован вами, - сравнимы ли сроки восстановления?**

- Здесь действительно много нюансов. Если не оперировать, то пациент с реберным клапаном будет находиться в реанимационном отделении больницы на искусственной вентиляции лёгких до 3-4 недель. При использовании же нашей новой методики уже через 3-4 дня такой пациент не нуждается в ИВЛ и может получать лечение в профильном отделении.

Есть также большая разница в качестве жизни: одно дело, когда человек месяц прикован к постели, что нередко приводит к развитию у него пневмонии, пролежней, сосудистых осложнений, обострений хронических заболеваний, другое - когда он уже через три дня может начинать обсуживать себя сам, передвигаться, быть более активным. Это, безусловно, несравнимо.

**- Метод может применяться и у взрослых, и у детей?**

- У детей такие травмы случаются значительно реже, и у них скорость сращения переломов в два раза выше, чем у взрослых. В связи с этим проблема не так остро стоит.

**- Давайте подробнее поговорим о работе вашего отделения...**

- Наша краевая клиническая больница скорой медицинской помощи оказывает экстренную помощь жителям Алтайского края, являясь травмоцентром первого уровня. Только у нас пострадавший с травмой может получить всю необходимую специализированную помощь в любое время суток, в любой день недели, то есть в режиме 24/7. В больнице развернуты бригады врачей из разных отделений, включающие анестезиологов-реаниматологов, хирургов, травматологов-ортопедов, нейрохирургов и еще целый ряд других специалистов. Все они готовы оперативно оказать медицинскую помощь пострадавшему.

В больнице имеются два травматологических отделения, два хирургических, нейрохирургическое, кардиологическое, гинекологическое, реанимационное, отделение хирургии кисти и другие. Все они при необходимости задействованы для оказания помощи поступившим пациентам.

Например, поступает больной с тяжелой травмой при ДТП. Пациент направляется



сразу в операционную, привлекаются все необходимые специалисты. Вся экстренная помощь оказывается здесь и сейчас. Пациенту проводятся исследования, делаются анализы, неотложные оперативные вмешательства, интенсивная терапия и т.д. Задача у всех нас одна - спасти жизнь. После того, как состояние пациента стабилизировано, он переводится в наше отделение, где мы начинаем лечение поврежденных опорно-двигательного аппарата. Решаются травматологические проблемы. Почему так?

Допустим, после автодорожной травмы у пациента имеется ушиб головного мозга, переломы таза, бедра, разрыв селезенки, большая кровопотеря. Задача бригады - борьба с кровопотерей. В первую очередь пострадавший нуждается в полостной операции - нужно остановить кровотечение из поврежденной селезенки. Затем необходимо временно обездвижить отломки костей таза и бедра. Это временное решение, важнее решить неотложные дела - заняться лечением ушиба головного мозга, восполнить кровопотерю. И только после того, как мы удостоверимся, что жизнь пациента вне опасности, его состояние стабилизировалось, мы можем приступить к окончательному остеосинтезу таза и бедра.

**- В этом году вашему отделению исполнилось 20 лет. Как сильно поменялись за это время технологии?**

- Есть обывательское мнение, что травматология - это всегда про гипс и вытяжение (*смеется*). На самом деле всё совсем не так. В настоящее время у травматологов-ортопедов имеется достаточно большой арсенал средств для оперативного лечения всех имеющихся переломов.

Если раньше при их лечении в основном использовали гипсовую иммобилизацию и скелетные вытяжения, то сейчас есть масса других возможностей.

Например, перелом одной кости можно лечить скелетным вытяжением, а если их несколько? Это очень тяжело для пациента и долго. Аппарат Илизарова - хороший прогрессивный метод, но опять же при изолированной травме. А если поврежденных несколько? На этот случай у нас есть всевозможные металлические конструкции для внутреннего остеосинтеза: гвозди с блокированием, винты с каналом, пластины с угловой стабильностью. Они хороши тем, что очень прочно фиксируют отломки, в среднем, уже на



2-3 день после операции пациент может самостоятельно ходить, обслуживать себя. Он не находится в кровати на скелетном вытяжении, не носит громоздкую гипсовую повязку. Кроме того, в работе мы используем малоинвазивные методы остеосинтеза. Технология позволяет через небольшие разрезы, не открывая зону перелома, вводить различные металлоконструкции, но при этом не скелетировать кость. Это важно потому, что при использовании открытой репозиции и широких разрезов скелетированная кость теряет связь с кровеносной системой и может стать мертвой.

**- Нужно ли всегда удалять такие конструкции? Как долго они могут служить человеку?**

- Как правило, современные металлоконструкции сделаны из таких материалов, что остаются с человеком на всю жизнь. Конечно, из любого правила есть исключения, но, в целом, менять или убирать их не нужно.

**- Что для вас лично есть хорошее завершение лечения? Когда вы довольны результатом?**

- Когда я вижу, что пациент возвращается к своему привычному образу жизни: бегает по утрам, ходит в походы или работает в том же ритме, что и до травмы.

Мы периодически отсылаем своим пациентам открытки с просьбой сообщить о своем состоянии, дать обратную связь - всё ли у них хорошо? Потому что одно дело, когда ты видишь пациента при выписке, а другое - когда прошло полгода-год, три. Главное, что пациент забывает, что когда-то получал травму. ☺

**Надежда Здорнова**

**На момент сдачи номера краевая клиническая больница скорой медицинской помощи находилась на карантине после подтверждения положительных результатов на коронавирус у 38 медиков и 11 пациентов. Редакция журнала желает всем скорейшего выздоровления и возвращения к привычному ритму работы!**





# Прославляющий Алтай!

**11 мая Владимир Филимонович ПЕСОЦКИЙ отметил 80 лет!!!**

Конечно, это событие не осталось без внимания в Алтайском крае. Поздравления прозвучали от Союза промышленников, Банковского союза края, Алтайпресс вспомнил «Самые яркие цитаты о времени, банке, политике и о себе...» из интервью разных лет Владимира Филимоновича. Ситуация с коронавирусом, к сожалению, внесла свои коррективы в юбилейные мероприятия... Но! Такие серьезные даты можно отмечать весь календарный год. И, не сомневаюсь, что торжества с участием Ваших друзей еще впереди!

Однако практически все публичные поздравления были адресованы Владимиру Филимоновичу как «легенде Алтайского Сбербанка», создавшему за время работы в нем современное банковское учреждение и внесшему значимый вклад в развитие экономики края.

Мне посчастливилось лично узнать Владимира Филимоновича еще в середине 80-х годов - во время его работы в Алтайском крайисполкоме в должности заместителя председателя. Он возглав-

лял плановую комиссию крайисполкома (сегодня это министерство экономического развития края), от эффективности работы которой во многом зависело социально-экономическое развитие края и, конечно, объектов здравоохранения.

Наряду с плановыми вопросами по его инициативе и с его участием принимались нестандартные, инновационные решения. Например, была тема «Развитие курорта в Завьяловском районе» при участии ведущего проектного института «Союзкурортпроект». Прорабатывался вариант строительства курорта мощностью до 2000 мест, пионером выступала «Алтайколхозздравница» с санаторием на 500 мест. Развитие такого степного грязевого курорта дополнительно потребовало бы занятости примерно такого же числа людей, а значит, и строительства нового курортного поселка, а также дорог, автовокзала (возможно и аэропорта). Поручение мне - подготовка и сопровождение принятия решения Советом Министров РСФСР о статусе ку-



рортной местности (Распоряжение от 20.01.1989 года №51-р).

Или решение по передаче ряда бывших партийных помещений (после «отмены» Борисом Ельциным КПСС) под нужды здравоохранения. На мой взгляд, по большинству из них такое решение было бы неправильным - «овчинка выделки не стоила». Приспособленное помещение - оно и есть «приспособленное»! Вроде бы формально проблема решалась, а на деле - нет. И Владимир Филимонович Песоцкий - один из немногих руководителей края, кто услышал тогда аргументы специалистов «против!». И состоялась передача только наиболее качественных и пригодных для технологического перепланирования и оборудования помещений для учреждений здравоохранения.

Политические события того периода в стране внесли свои коррективы, и многим планам своевременно не удалось осуществиться, иные вообще незаслуженно забыты.

Но одна из значимых программ, которая, несмотря на «время перемен», была практически полностью реализована в крае в социальной



Вручение почетного звания Демидовского фонда «Прославляющий Алтай» В.С. Баркагану, 2005 год



сфере, - это «Семипалатинская программа» - Программа ликвидации последствий испытаний на ядерном полигоне в Казахстане (Постановление Правительства РФ от 24.06.1992 №428). На тот период времени строительство в рамках этой программы целого ряда краевых лечебно-диагностических учреждений, таких как Диагностический центр, краевая клиническая больница, межрайонных медицинских и социальных учреждений в Рубцовской и Бийской зонах, ряда ЦРБ, - принципиально изменили качество и доступность медицинской и социальной помощи жителям края. Не умаляя значимости участия в этой большой работе ученых, медиков, других руководителей края, - роль Владимира Филимоновича в ее подготовке была очень весомой!

Спасибо, Владимир Филимонович, за неоценимый опыт общественной работы под Вашим руководством! Вы избирались председателем Общественной палаты Алтайского края первого созыва, и позиция Общественной палаты по значимым вопросам общественно-политической жизни края была востребована обществом, воспринималась властью.

Долгие годы Вы участвовали в работе Демидовского фонда, а потом и возглавили Попечительский совет фонда. Именно Ваша деятельность, как президента Демидовского фонда, не только продолжила, укрепила его традиции «культурного общественного камертона», но и расширила круг лауреатов Демидовского фонда представителями ярких личностей самых различных сфер, а сама деятельность Демидовского фонда стала своеобразным эталоном коллективной публичной благотворительности. Торжественное вручение почетного звания Демидовского фонда «Прославляющий Алтай» доктору медицинских наук, члену-корреспонденту РАН З.С. Баркагану - яркий примером значимости такого общественно-гражданского признания.

Как и на службе, на общественном поприще Вас, Владимир Филимонович, отличали и отличают неформальный подход, неравнодушие, неподдельная заинтересованность в результате, искренность и любовь к людям, к нашему краю.

Общение с Вами всегда интересно, содержательно, позитивно!

Радуют и восхищают Ваши широкий кругозор, множество идей и предложений, сегодняшняя активная позиция по улучшению ситуации в крае.

**Спасибо Вам за то, что Вы лично сделали для здравоохранения, для развития гражданского общества, для развития социально-ответственного бизнеса края.**

**Здоровья Вам, уважаемый Владимир Филимонович! Бодрости духа, мира, теплого семейного очага и надежного дружеского круга!** ☺

**И.В. Козлова,**  
главный редактор журнала,  
вице-президент Демидовского фонда,  
член Общественной палаты Алтайского края  
первого-четвертого созывов

## В кинотеатры без опаски

**Роспотребнадзор совместно с Минкультом подготовил рекомендации по проведению профилактических мероприятий по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции в кинотеатрах.**



В частности, зрителям рекомендуется быть в масках. Кинотеатры при рассадке должны обеспечить дистанцию между зрителями в 1 метр, но эти ограничения не коснутся членов одной семьи или посетителей, проживающих вместе. Также зрители должны соблюдать социальную дистанцию в 1,5 метра в зоне кассового обслуживания, в фойе и зоне кинобаров (в них рекомендуется вести торговлю через вендинговые автоматы) кинотеатра, при входе (и выходе) в кинозалы, при расстановке столов кинобаров и сидячих мест в фойе.

Сотрудники обязаны быть в масках и перчатках: они должны быть обеспечены запасом одноразовых масок и перчаток (исходя из продолжительности рабочей смены и смены масок и перчаток не реже 1 раза в 3 часа), а также дезинфицирующими салфетками, кожными антисептиками для обработки рук. Повторное использование одноразовых масок и использование увлажненных масок не допускается. Также необходимо измерять температуру тела всех сотрудников перед началом работы. В рекомендациях указано, что прием пищи на рабочем месте будет запрещен.

Роспотребнадзор советует покупать билеты в кинотеатры через автоматы и мобильные приложения.

Деятельность кинотеатров возобновляется на основании решения глав регионов и предложений, предписаний главных государственных санитарных врачей регионов.

## Сроки введения маркировки лекарств могут перенести

**Минздрав России совместно с Росздравнадзором и Минпромторгом прорабатывают предложения о переносе сроков введения обязательной маркировки лекарств.**

В настоящее время ведомствами прорабатываются предложения отраслевых организаций в части переноса сроков введения обязательной маркировки лекарственных препаратов средствами идентификации и сроков вступления в силу ответственности по обеспечению внедрения системы мониторинга. Одной из основных причин является задержка наладки оборудования и программного обеспечения в связи с невозможностью приезда технических специалистов, а также задержка поставки самого оборудования для маркировки средствами идентификации.

С 1 июля 2020 года в России должен быть запрещен оборот лекарств без цифровых кодов. Препараты, поступившие в оборот до 1 июля, разрешено продавать до окончания срока их годности.





# Роды с рубцом на матке



**Нина Анатольевна АБЗАЛОВА,**

врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук, заведующая акушерским отделением патологии беременных КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

**Известный постулат акушеров -**

**«однажды кесарево сечение - всегда кесарево сечение» - в настоящий момент утратил свою актуальность.**

В условиях неустанно растущей частоты кесаревых сечений прямо пропорционально возрастает и частота возможных осложнений:

- ◆ формирование спаечного процесса в брюшной полости,
- ◆ патологическая кровопотеря, несостоятельность рубца на матке (что может существенно осложнить последующую беременность),
- ◆ гнойно-септические заболевания (эндометрит, воспаление послеоперационного шва),
- ◆ самое грозное осложнение - вращение плаценты в рубец, которое представляет реальную угрозу для жизни и здоровья не только будущего ребенка, но и матери.

Практика показывает, что в некоторых случаях проведение повторного кесарева сечения может представлять даже большую опасность, чем естественные роды с рубцом на матке.

Таким образом, **современные акушеры приветствуют роды при наличии рубца на матке, если для**

этого имеются соответствующие условия.

## Рожу сама!

Во многом благополучный исход самопроизвольных родов при наличии рубца на матке зависит от правильной оценки анамнеза будущей мамы, особенностей течения послеродового периода после оперативного родоразрешения, особенностей течения настоящей беременности - то есть грамотного отбора пациенток, которые на этот раз смогут родить самостоятельно и без осложнений.

Итак, **необходимыми условиями для родов естественным путем при наличии рубца на матке являются:**

- наличие одного рубца на матке, расположенного в нижнем сегменте,
- отсутствие показаний, по которым было проведена предыдущая операция,
- физиологическое течение послеоперационного периода,
- добровольное информированное согласие беременной.

## Рожать нельзя, оперировать

Необходимо отметить и **существующие противопоказания для родов естественным путем**, при наличии которых акушеры склоняются в пользу повторного кесарева сечения:

- ◆ наличие двух и более рубцов на матке,
- ◆ наличие признаков несостоятельности рубца,
- ◆ якорный или корпоральный (произведенный в теле матки) разрез,



- ◆ предлежание плаценты либо ее расположение в проекции рубца,
- ◆ имеющиеся противопоказания для родов через естественные родовые пути,
- ◆ категорический отказ пациентки.

### Особенности ведения беременности и родов

При взятии беременной на учет важно тщательно собирать и фиксировать в обменной карте все нюансы анамнеза беременной.

Нужно отметить, что рубец на матке может возникать не только после кесарева сечения, но и после удаления миоматозных узлов, перфорации матки после инструментального выскабливания, реконструктивно-пластических операций на матке. Поэтому **важно знать причины возникновения рубца на матке, его локализацию, особенности ранее проведенной операции и течения послеоперационного периода.** Исчерпывающую информацию можно получить из выписки, которую необходимо запросить у пациентки и скопировать в обменную карту.

В процессе наблюдения беременной с рубцом на матке крайне важным моментом является **оценка состояния рубца, для чего назначается ультразвуковое исследование.** При его проведении важно обратить внимание на толщину мышечного слоя матки в проекции рубца, его эхоструктуру, расположение плаценты относительно рубца, также оцениваются контуры и наличие патологических отклонений (ниш, втяжений, деформаций) в области рубца на матке.

Для того чтобы адекватно определить тактику ведения родов при наличии рубца на матке, целесообразна **дороговая госпитализация беременной женщины в сроке 38-39 недель.**

Ведение родов при рубце на матке является ответственной задачей, так как **необходимо своевременно диагностировать развитие отклонений в течении родового**



**акта,** самым опасным из которых является разрыв матки по рубцу (замечу, что возникает это осложнение крайне редко).

Как правило, такие роды ведутся в стационаре третьего уровня под непрерывным мониторным контролем внутриутробного состояния плода высококвалифицированной бригадой с готовностью к проведению оперативного родоразрешения в течение 15 минут в случае диагностики осложнений. В случае осложненного течения родового акта роды заканчиваются путем кесарева сечения. **После рождения плода и отделения последа обязательно проводится контроль состояния рубца на матке,** для чего проводится ручное обследование полости матки либо ультразвуковое исследование.

Будущим мамам необходимо помнить, что **наличие рубца на матке** в большом проценте случаев **не является однозначным показанием для повторного кесарева сечения,** а дети, рожденные естественным путем, гораздо лучше и быстрее адаптируются к новым условиям вне утробы матери, реже болеют простудными заболеваниями и реже страдают аллергией.

**По литературным данным, у 70-80% беременных с рубцом на матке имеются все шансы благополучно родить естественным путем.** ☺

**Во многом успех родоразрешения обусловлен позитивным настроением будущей мамы на естественные роды при наличии рубца на матке.**



# Роды в пандемию.

## О тех, кто отвечает за две жизни сразу

*В непростой эпидемиологической ситуации в школу можно не ходить, работу выполнять удаленно, но роды - процесс, который при всем желании невозможно перенести на более удобное время. Рождение малыша - процесс и без того ответственный и волнительный, и в период пандемии, пожалуй, вдвойне тревожит будущих родителей.*

О принятых мерах безопасности для пациентов и медперсонала в КГБУЗ «Алтайский краевой перинатальный центр «ДАР»» рассказывает заведующая акушерско-обсервационным отделением **Дарья Аркадьевна КОБЗЕВА**.

### **В условиях ограничительных мер**

Алтайский краевой перинатальный центр «ДАР» - одна из первых в регионе медицинских организаций, где особые меры безопасности были введены еще до того, как в Алтайском крае появился первый подтвержденный случай заражения новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Это связано с тем, что рожать сюда приезжают женщины в том

числе и из других регионов. В дальнейшем меры безопасности только дополнялись.

В настоящее время в «ДАРе» принимают пациенток со всего края. При этом каждая поступившая на госпитализацию беременная в обязательном порядке проходит обследование на коронавирусную инфекцию. Всё проводится абсолютно бесплатно. В приемном отделении берется мазок из задней стенки носоглотки, где возможная концентрация вирусных частиц максимальна. Мазок помещают в питательную среду и отправляют на ПЦР-анализ в Диагностический центр Алтайского края, где его анализируют, выявляя РНК вируса.

Если же у пациентки наблюдается повышенная температура



тела, имеются признаки респираторного заболевания, такие как кашель или насморк, то по приказу министерства здравоохранения Алтайского края будущие мамы направляются в городской роддом №11 Барнаула, который сейчас специализируется на приеме именно таких рожениц. Также в период пандемии в «ДАРе» не принимают тех, кто перенес ОРВИ менее 14 дней назад.

Далее, когда женщины обследованы, и тест на коронавирус отправлен в Диагностический центр края, их кладут в так называемую «красную» карантинную зону, где находятся пациентки с неустановленным COVID-статусом. В случае, когда тест покажет отрицательный результат, их переводят в «белую» чистую зону.

В карантинную зону они попадают после традиционного обследования в приемном отделении. Под «красную» зону выделены палаты обсервационного отделения, дневного стационара и отделения гинекологии, где прием временно не ведется. Палаты двух- или трехместные и одна шестиместная.



Здесь же, в карантинной зоне, принимаются роды у женщин, которые поступают в центр не на госпитализацию, а уже с начавшейся родовой деятельностью - схватками. Позже их с малышами переводят в отдельное крыло акушерско-физиологического (послеродового) отделения нашего центра.

Бригада, которая контактировала с женщинами, принятыми в любой из дней, выходит на работу, только когда выяснится, что все доставленные, поступившие пациентки здоровы. Раз в неделю весь персонал карантинного отделения также проходит тестирование на COVID-19.

Партнерские роды (с мужем, мамой, доулой) в настоящее время временно отменены.

В таком режиме центр «ДАР» будет работать до стабилизации эпидемиологической обстановки в регионе.

Всего с начала пандемии (с 1 апреля 2020 года) в «ДАРе» приняли более 700 родов.

## Советы беременным в период пандемии

● По возможности перенесите осмотры, анализы и скрининги. У данных процедур есть период, когда их рекомендовано проводить, - в среднем он около двух недель.

● Позвоните в консультацию, родильный дом, узнайте, есть ли возможность перевода наблюдения в клинику ближе к дому. Поинтересуйтесь, как пандемия повлияла на работу этого медучреждения.



● При экстренной необходимости или невозможности переноса визита к врачу избегайте общественного транспорта. Например, воспользуйтесь такси или пусть родственник отвезет вас к врачу.

● На улицах и в учреждениях соблюдайте дистанцию и правила профилактики. Перчатки, маска и антисептик - сейчас ваши лучшие друзья.

● Если срок родов близок, позвоните в роддом для уточнения порядка приема беременных.

**При наличии признаков респираторно-вирусной инфекции оставайтесь дома и вызывайте врача. В случае боли,стораживающих симптомов, начавшейся родовой деятельности звоните в скорую помощь!** ☎

## Обновленные рекомендации Минздрава

*Министерство здравоохранения России опубликовало на своем сайте вторую версию методических рекомендаций по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным при коронавирусе нового типа.*

В эти рекомендации включены новые разделы и дополнения в соответствии с международным опытом. В частности, добавлена оценка тяжести пациента с четкими алгоритмами действий для врачей и необходимости перевода беременных в отделения реанимации и интенсивной терапии. Разработаны принципы, по которым определяются метод диагностики, особенности лечения, рекомендации по ведению и наблюдению беременности.



**Наиболее характерными симптомами COVID-19 у беременных женщин являются лихорадка и кашель.** Также у них встречаются усталость, диарея, одышка, боль в горле и мышечная боль. Беременные, перенесшие коронавирус в легкой или бессимптомной форме, должны делать УЗИ каждые четыре недели. Если инфекция диагностирована в первом или начале второго триместра, рекомендуется производить детальное исследование плода в 18-23 недели. Эти пациентки должны быть отнесены в группу высокого риска осложнений. Дополнительные исследования следует проводить в 24-28-32-36 недель.

**Роды разрешены только в изолированном помещении с отрицательным давлением. Партнерские роды запрещены.** Следует максимально уменьшить количество присутствующего на родах медперсонала. **Всем новорожденным обязательно необходимо делать тест на коронавирус**, до получения результата мать и ребенок должны быть разделены. Если тест положительный, матери и младенцу предпочтительно быть вместе. Если у ребенка результат теста отрицательный, а у матери - положительный, они должны размещаться отдельно. Если у матери результат теста отрицательный, то новорожденный может находиться с ней при условии профилактики.

Подозрение на инфицирование и заболевание матери, а также лиц, осуществляющих уход за новорожденным, проживающих вместе с ним и других лиц, контактировавших с ребенком, расценивается на положительный COVID-19, пока не будет подтверждено отсутствие заболевания. До получения двух отрицательных тестов на коронавирус все действия при транспортировке, уходе, лечении и наблюдении за ребенком должны проводиться как при положительном COVID-19.

**Для выписки новорожденного из стационара у него должны быть два подряд отрицательных теста на коронавирус**, взятых с интервалом 24 часа, температура - нормальной в течение трех дней. Также необходимо убедиться, что ребенок не выделяет SARS-CoV-2 со стулом.

В России насчитывается более 2000 беременных женщин с подтвержденной коронавирусной инфекцией. Отмечается, что коронавирус от инфицированной матери ребенку не передается, заразиться он может в случае контакта с носителем вируса уже после рождения. ☎

# Хроническая почечная недостаточность и COVID-19

**К сожалению, ни один человек не застрахован от природных или техногенных аварий и катастроф. Выживание в экстремальных ситуациях может представлять сложнейшую задачу и для здоровых людей, а для пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающих диализную терапию, эта проблема является еще более трудноразрешимой. Для них опасность представляют даже те условия, которые здоровым людям могут причинить разве что неудобства.**

Гемодиализом в медицине - это процесс экстракорпорального (вне организма) очищения крови от токсических продуктов метаболизма, а также излишних объемов воды в плазме крови. Подобные задачи в организме выполняют почки, однако в некоторых случаях, например, при различных формах почечной недостаточности, гемодиализ жизненно необходим.

Новая коронавирусная инфекция COVID-19 представляет особую угрозу для здоровья определенных категорий населения. Известно, что в группе риска находятся люди преклонных лет (65 лет и старше) и больные с патологиями внутренних органов и систем, в том числе и пациенты, страдающие хроническими заболеваниями почек.



**Татьяна Николаевна ЯРУШИНА,**  
старшая медицинская сестра отделения хронического диализа, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Краевая клиническая больница», член ПАСМР с 2000 года



## Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

**В Международный год медицинской сестры и акушерки, в преддверии Международного дня медицинской сестры и акушерки позвольте поздравить вас с профессиональными праздниками, выразить слова глубочайшего уважения и благодарности за ваш жертвенный труд в борьбе за жизнь каждого пациента в жесточайших эпидемиологических условиях, вызванных пандемией COVID-19.**

**Своим самоотверженным трудом вы являетесь собой истинное милосердие и сострадание, преданность профессии, что во все времена было бесценным, но только сейчас стало очевидным для общества и руководства всех уровней. Профессиональное сообщество медицинских сестер, акушерок, фельдшеров, лаборантов доказали свою боеспособность и единство с коллегами-врачами в роли партнеров. Желаю вам душевных сил, пусть сила духа только крепнет. Не сдавайте своих позиций...**

**Берегите себя. Здоровья вам и вашим близким.  
Вместе мы сила!**

С уважением,  
Президент АРОО ПАСМР  
Л.А. Плигина

Май 2020 год

После проникновения в организм воздушно-капельным или контактно-бытовым путем возбудитель оседает в нижних отделах воздухоносного тракта и вызывает развитие атипичной пневмонии. Тяжелая пневмония, в свою очередь, может осложниться вторичной бактериальной инфекцией. Нарушение системной гемодинамики и дальнейшее ослабление иммунитета, возникающие на фоне хронической болезни почек (ХБП), приводят к повышению стрессового воздействия на организм, что становится причиной неблагоприятного исхода.

У вирус-инфицированных с патологиями мочевыделительной системы на ранних этапах также наблюдаются классические симптомы ОРВИ: слабость, озноб, головные и мышечные боли, повышение температуры тела до 38-40°C. Далее к ним присоединяется сухой кашель, появляется одышка.

**Пациенты с COVID-19, страдающие различными почечными патологиями, нуждаются в обязательной госпитализации и интенсивной терапии.** Она включает искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ), кислородную поддержку, замещение почечной функции - гемодиализ, зондовое питание и другие реанимационные мероприятия.

Из-за устойчивости коронавируса к иммуносупрессивным препаратам и высокой чувствительности почек к нехватке кислорода и снижению кровоснабжения у ослабленных пневмонией людей вероятность летального исхода увеличивается на 25-30%. Поэтому им требуется обязательное соблюдение социальной дистанции, ранняя диагностика, срочная и адекватная интенсивная терапия.

Как было отмечено выше, пожилые люди, диализные пациенты или больные с другими тяжелыми хроническими заболеваниями имеют высокий риск более серьезной коронавирусной инфекции. Поэтому особенно важно, чтобы были приняты меры для снижения риска заражения.

**Важно придерживаться профилактических мер!**

**Оставайтесь дома во внедиализные дни.** По возможности приезжайте и уезжайте из диализного центра на личном транспорте, избегайте общественного транспорта, воздержитесь от поездок по стране, избегайте личных встреч и воздержитесь от посещения публичных, частных и религиозных мероприятий. Постарайтесь отказаться от личных контактов, особенно со своими детьми и внуками, так как молодые могут бессимптомно переносить болезнь, при этом заражая других людей.

**Важно подготовиться заранее:** запаситесь на 2-3 недели здоровой, подходящей для вашей диеты, пищей, чистой водой и лекарствами. Это поможет снизить риск заражения, так как вы избежите переполненных мест типа продуктовых магазинов и аптек.

**Оставайтесь дома, если вы чувствуете себя плохо или у вас есть какие-либо из перечисленных симптомов:** повышение температуры, кашель, боль в горле, ломота в теле, головная боль, озноб. Если вы являетесь пациентом диализного центра, сообщите в свое отделение, что вы заболели.

**Максимально ограничьте прямые контакты с другими людьми.**

**Во время кашля или чихания прикройте салфеткой,** а затем выбросьте ее в мусорное ведро. Если салфетки нет, чихайте или кашляйте, прикрываясь локтевым сгибом, а не ладонью.

**Часто мойте руки с мылом и водой не менее 20 секунд,** особенно после посещения туалета, перед едой, после высмаркивания, кашля или чихания. Если нет мыла и воды, используйте дезинфицирующее средство для рук с 65-95% спиртом.

**Почаще протирайте те предметы, которые часто трогают** (например, дверные ручки). Не прикасайтесь немытыми руками к своему лицу, особенно к глазам, носу и рту.

**Носите маску для лица.**

**Не пожимайте руки, не обнимайтесь и не целуйтесь, когда здороваетесь с другими.** Достаточно улыбки и устного приветствия.

### О ПРОЦЕДУРАХ ДИАЛИЗА И ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЯХ

При лечении диализом **НЕЛЬЗЯ ПРОПУСКАТЬ ПРОЦЕДУРЫ.** Сообщите в свое отделение, если вы заболели, или контактировали с больным с подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции COVID-19, или если у вас есть какие-либо другие опасения. Тогда врачи решат, нужно ли вам проходить тест на коронавирус, и подготовятся к вашему прибытию. Также вы должны сообщить персоналу о повышенной температуре, кашле, чихании сразу же по прибытии в диализный центр.

**Общие гигиенические меры, которые вы можете предпринять, будучи диализным пациентом:**

- ◆ используйте дозаторы с антисептиком в комнатах ожидания;
- ◆ вымойте, пожалуйста, фистульную руку перед процедурой и тщательно продезинфицируйте область пункции.

Диализные пациенты, контактировавшие с людьми, имеющими высокий шанс заразиться, или с людьми, у которых впоследствии выявился положительный анализ на коронавирус, пожалуйста, немедленно обратитесь в ваш диализный центр!

Персонал вашего отделения может попросить вас соблюдать некоторые правила. При отсутствии симптомов заболевания надевайте хирургическую маску по прибытии в центр и не снимайте до самого отъезда, в том числе в течение всего сеанса диализа. При чихании используйте одноразовые носовые платки и выбрасывайте их после каждого использования. Рекомендуется проводить тщательную обработку дезинфектантами.

Если вам нужно на диализ, но у вас наблюдается повышенная температура или инфекция дыхательных путей, вас, вероятно, направят в приемное отделение или специальное отделение для больных с коронавирусной инфекцией, где вас осмотрят специалисты.

**Берегите себя и будьте здоровы!** 🍀





# Профилактика заболевания глаз у школьников

**Глаз - удивительный и совершенный орган чувств человека. 90% информации из окружающего мира поступает к нам через глаза. С их помощью мы познаем мир и любимся его красотой, выполняем ежедневную работу. Наши глаза - постоянные труженики, и при длительной работе мы можем ощущать зрительное утомление и снижение зрения.**

В нашу детскую поликлинику всё чаще стали обращаться с различными проблемами нарушения зрения.

Наиболее часто в школьном возрасте встречаются такие офтальмологические заболевания, как спазм аккомодации, близорукость, дальнозоркость и астигматизм.

## Причины

Среди причин возникновения нарушения зрения выделяют:

- **наследственные:** передаются от родителей или через поколение;
- **врожденные:** возникают в период внутриутробного развития вследствие отрицательного воздействия на плод;
- **приобретенные:** появляются после рождения из-за воздействия временных факторов, например, инфекционных заболеваний, поражений центральной нервной системы, травм зрительного аппарата, несбалансированного питания, неправильного зрительного стереотипа, несоблюдение гигиены зрения и т. д.

## Как проверить зрение ребенку?

Сформировать здоровую привычку заботиться о своем зрении совсем несложно. Чтобы не допустить возникновения нарушений и ухудшения зрения, необходимо регулярно 1 раз в год посещать врача-офтальмолога.

Начиная с трех лет, проверить зрение можно с помощью **таблицы Орловой** (см. рисунок справа). Она предназначена для детей, которые еще не знают букв. В таблице Орловой со-

держатся изображения предметов, хорошо знакомых ребенку, поэтому он без труда сможет их назвать.

Когда ребенок будет знать уже все буквы, для проверки можно начинать использовать традиционную **таблицу Сивцева** (12 строк печатных букв, где размер букв уменьшается от строки к строке в направлении сверху вниз). Исследование проводится с расстояния 5 метров. В возрасте 7 лет нормальной считается острота зрения, равная 1,0.

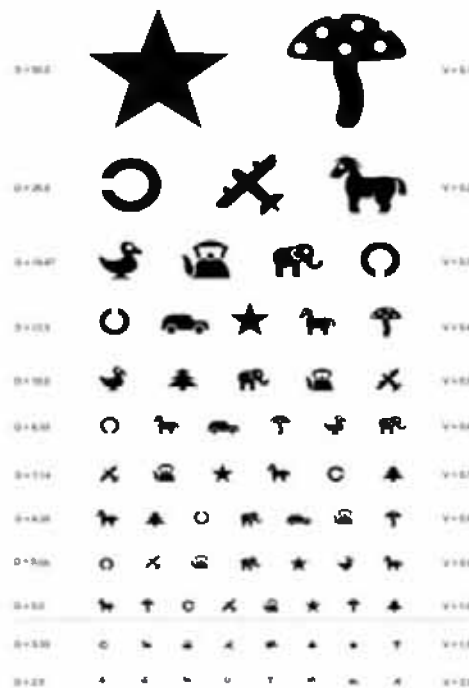
## Профилактика заболеваний глаз

Профилактика столь необходима для современного века информации и гаджетов, что должна стать частью здорового образа жизни, прежде всего у школьников.

Для профилактики возникновения и прогрессирования нарушений зрения у школьников особое значение имеет соблюдение элементарных гигиенических правил. Помочь сохранить 100%-ное зрение и предупредить различные заболевания глаз помогут простые рекомендации, специальные упражнения для глаз, витамины, правильный просмотр телевизора и взаимодействие с компьютером, несложные пра-



**Марина Валерьевна КОБЕЛОВА,**  
медицинская сестра,  
первая квалификационная категория,  
офтальмологический кабинет детской поликлиники  
КГБУЗ «Центральная городская больница, г.Заринск»,  
член ПАСМР с 2018 года





## Общие советы хорошего зрения

Не сидите близко перед экраном телевизора. Желательно, чтобы расстояние от экрана телевизора до глаз составляло не менее трех метров.

Не читайте, уткнувшись в книгу. Книга должна находиться от глаз на расстоянии не менее 30см.

Не читайте в потемках и в общественном транспорте. При плохом освещении и тряске тяжело различать буквы. Чтобы сфокусировать изображение, глазам приходится прилагать больше усилий.

Спорт и подвижные игры помогут сохранить здоровье и хорошее зрение. Играя в футбол, большой и настольный теннис, старайтесь не терять из вида мяч.

Рационально питайтесь. Придерживайтесь сбалансированного питания. В рационе должно быть мало жиров, но достаточно разнообразных цельных зерен, плодов и овощей, содержащих витамины, полезные минеральные вещества и клетчатку.

## Как обезопасить общение с компьютером

Сегодня компьютеризация прочно вошла в нашу жизнь. Однако не стоит забывать о последствиях, которые могут возникнуть в результате чересчур частого или неправильного «общения» с компьютером. Чтобы их избежать, достаточно соблюдать определенные правила.

◆ Необходимо строго дозировать время компьютерных занятий и следить за их содержанием. Для детей 7-12 лет допустимая непрерывная продолжительность компьютерных занятий составляет 20 минут, а для ребят старше - не более получаса.

◆ Если работу за это время не выполнить, разбейте ее на части, а через каждые 15 минут делайте для глаз перерыв.

◆ Освещение в помещении должно быть смешанным: естественным за счет солнечного света и искусственным.

◆ Рабочее место с компьютером по отношению к светопроему должно располагаться так, чтобы естественный свет падал сбоку, преимущественно слева. Удачным является расположение рабочего места, когда у пользователя компьютера есть возможность

## Гимнастика для глаз

Повторяйте каждое упражнение не менее 5-6 раз.



перевести взгляд на дальнейшее расстояние - это один из самых эффективных способов разгрузки зрительной системы во время работы. Следует избегать расположения рабочего места в углах комнаты или лицом к стене - расстояние от компьютера до стены должно быть не менее 1 метра. Также не следует размещать монитор напротив окна: свет из окна является нежелательной нагрузкой на глаза во время занятий на компьютере.

◆ Расстояние от глаз пользователя до экрана компьютера должно быть не менее 50-60см в зависимости от диагонали монитора.

◆ Поза работающего за компьютером (см. картинка внизу): корпус выпрямлен, сохранённый естественный изгиб позвоночника и угол наклона таза. Голова наклонена слегка вперед. Уровень глаз на 15-20см выше. Такая правильная поза обеспечивает максимальный приток крови ко всем частям тела.

Чтобы снять напряжение с глаз после зрительной нагрузки и для поддержания хорошего зрения, советуем выполнять несложный комплекс упражнений (см. картинка выше).

Здоровое зрение - это не только способность видеть окружающий мир, но и верный путь к здоровью, долголетию и возможности жить в гармонии с самим собой. Наука о здоровье утверждает, что для сохранения зрения необходимо поддерживать физическую активность, рационально питаться, избегать вредных привычек, щадить нервную систему. Звучит банально? Может быть. Но именно это и определяет здоровье и долголетие человека. ☺

## НЕПРАВИЛЬНО ПРАВИЛЬНО



**КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН**

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



# Рак груди: спасаем здоровье и...красоту

**28 мая - Международный день здоровья женщин. Среди онкопатологий у женщин злокачественные поражения тканей молочной железы занимают первое место. В Алтайском крае ежегодно диагностируют более 1000 случаев рака груди. Лечение этой локализации рака должно быть направлено не только на устранение опухоли и предупреждение ее рецидивов, но и на сохранение органа.**

Об органосохраняющих операциях и методах реконструктивной пластики в ситуациях, когда удаление молочной железы неизбежно, рассказывает **Антон Сергеевич КУЛЕШ**, хирург-маммолог онкологического отделения опухолей костей, кожи и мягких тканей (маммологическое) Алтайского краевого онкологического диспансера.

**- Что такое эстетическая маммология? Как вообще можно думать о красоте, когда на кону - здоровье, а иногда и жизнь пациентки?**

- Приоритет всегда остается за медицинскими задачами. Если перед онкологом стоит выбор «красиво» или «радикально», он всегда выберет последнее. Просто еще несколько десятков лет назад такого выбора по большому счету у врачей и не было: мастэктомия (полное удаление молочной железы, жировой клетчатки и лимфоузлов) считалась «золотым стандартом» и проводилась всем пациенткам без исключения, навсегда изменяя облик женщины, калеча ее психику, а нередко ломая ей и жизнь.

Вот почему всегда был и остается определенный процент пациенток, которые категорически отказываются от операции. Правда, спустя месяцы они всё равно возвращаются к нам, только с уже более запущенными формами и,

соответственно, куда менее оптимистичными прогнозами по выздоровлению, чем мы могли бы гарантировать им в начале обращения.

Но в последние годы благодаря развитию ранней диагностики, лекарственной и лучевой терапии пациенткам онкомамммологических отделений всё чаще проводят органосохраняющее лечение. Например, в нашем диспансере сохранить собственную грудь удастся почти 65% женщин, еще около 10% прекрасно живут с имплантатами.

Решение о сохранении груди предполагает большую работу как со стороны врачей, так и с позиции самой пациентки. Ведь часто из-за размеров опухоли или распространенности процесса провести органосохраняющую операцию сразу бывает невозможно. И тогда пациентке ради сохранения своей груди нужно пройти предоперационную химиотерапию или лучевое лечение. Чем меньше ткани мы удаляем, тем больше ее остается на то, чтобы после операции сохранилась симметрия, а грудь не потеряла объем.

**- Как не остаться без груди? Какие методики для сохранения или реконструкции органа существуют сегодня?**

- По большому счету, их три: **онкопластические операции**, ког-



да удастся сохранить собственную молочную железу пациентки, **мастэктомия с одномоментной реконструкцией имплантатом и мастэктомия с отсроченной реконструкцией**, когда установка имплантата происходит спустя некоторое время, после того как пациентка пройдет радикальную операцию и необходимые этапы химиотерапии или лучевого лечения.

**Онкопластические операции - тренд современной онкомамммологии.** Наши коллеги из Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена **Андрей Дмитриевич КАПРИН**, **Азиз Дильшатович ЗИКИРЯХОДЖАЕВ** и **Наталья Валерьевна АБЛИЦОВА** выпустили целую книгу, посвященную этой теме. Это бесценное методическое пособие для всех практикующих хирургов-онкомамммологов. Здесь представлены не только теоретические обоснования, но и подробно описана техника каждой операции с поэтапными иллюстрациями.

Широко используемый сегодня метод - это **замещение** ►

Благодаря развитию ранней диагностики, лекарственной и лучевой терапии пациенткам онкомаммологических отделений всё чаще проводят органосохраняющее лечение.

удаленного опухолевого фрагмента тканями собственной молочной железы пациентки. Например, когда удаляется сектор верхневнутреннего квадранта с опухолью, его замещают тканями верхненаружного квадранта. Для подобной манипуляции лучше всего подходят пациентки с большой и прозириванной (обвисшей) молочной железой - из них можно легко «выкроить» красивую грудь после удаления раковой опухоли.

Еще один вариант - *онкопластика с помощью свободного лоскута кожи с подкожно-жировой клетчаткой, взятого с живота пациентки*, такая одномоментная пластика груди и липосакция, уменьшающая размер талии. Метод очень хороший и перспективный, но пока его применяют лишь в крупных медицинских центрах страны, ведь для спайки сосудов требуется специальное микрохирургическое оборудование, которое есть не везде.

Что касается *реконструктивной пластики*, она выполняется в тех случаях, когда сохранить собственную грудь невозможно. И тогда имплантат вживляется либо сразу во время мастэктомии, либо через некоторое время повторной операции. В этом случае под кожу первым этапом помещается временный экспандер - силиконовый баллон, который постепенно наполняется физраствором. Когда с его помощью ткани груди растягиваются до нужного размера, он извлекается, и в образовавшуюся нишу помещается постоянный имплантат.

**- Какие из этих методик вы используете сегодня в своей работе?**

- Все, кроме онкопластики свободным лоскутом - необходимого для этого микрохирургического оборудования пока в диспансере нет. А вот методику замещения собственными тканями молочной железы мы широко применяем. Сегодня на каждый вариант локализации опухоли существует несколько способов выполнения реконструкции, поэтому при отсутствии противопоказаний провести ее можно практически любой пациентке.

Собственные ткани ведут себя более естественно, нежели эндопротез, который не меняет своей формы в положениях лежа, стоя, при наклоне в стороны: его как поставили «бугорком», так он и торчит. К тому же у собственных тканей практически не бывает отдаленных послеоперационных осложнений: протрузия (выпираание), поворот и деформация имплантата.

При этом немаловажно, что онкопластика собственными тканями выполняется абсолютно бесплатно, в отличие от того же эндопротезирования, когда фонд ОМС компенсирует бюджетной клинике лишь работу хирурга, сам же имплантат пациентка должна приобрести за свой счет.

**- В каких случаях сохранить собственную грудь пациентки невозможно?**

- Мастэктомия проводится примерно в 35% случаев. Но сразу оговорюсь, как правило, - это лишь необходимый этап радикального онкологического лечения. В дальнейшем у женщины всегда остается возможность восстановить грудь с помощью имплантатов.

Почему нельзя оставить грудь всем? Для онколога на первом месте всегда стоит принцип онкологической безопасности. Мы должны не просто удалить опухоль, но и отступить от нее некоторое расстояние в пределах здоровых тканей. Соблюсти это условие и одновременно сохранить грудь не всегда бывает возможно. Если, например, *опухоль расположена близко к коже*, то хирургу попросту некуда будет отступать.

Полностью удалить грудь придется и когда в ней *одновременно расположены две и более опухоли*, так на-



зываемый *мультицентризм*. В данном случае рекомендуется проводить отсроченную реконструктивную пластику. Обязательным показанием при мультицентризме является проведение послеоперационной лучевой терапии, а она в половине случаев приводит к возникновению капсулярной контрактуры - это плотная фиброзная ткань, которая «обрастает» имплантат, сдавливает и деформирует его настолько сильно, что в некоторых случаях может потребоваться повторная операция.

Еще одно стопроцентное показание к мастэктомии - это *отечно-инфильтративная форма рака молочной железы*. Как правило, это 3-4 стадия, которая сопровождается отеком, покраснением, болью, эффектом «лимонной корки». В таких случаях необходимо провести радикальную операцию, послеоперационную химио- и лучевую терапию и только после этого можно будет говорить о реконструктивной пластике.

Рискуют лишиться родного бюста и обладательницы *первого и второго размера груди* - их собственной жировой и железистой ткани слишком мало, чтобы с ее помощью компенсировать удаленные опухолевые фрагменты.

Также *имеет значение и размер самой опухоли*. Чтобы сохранить грудь, врачи стараются до операции с помощью лучевого лечения или химиотерапии уменьшать большие новообразования насколько это возможно. Если же опухоль «не откликается» на лечение, то единственным вариантом остается мастэктомия с отсроченным эндопротезированием.

**- Можно ли одновременно с выполнением онкопластики увеличить (или уменьшить) первоначальный размер груди?**

- За этим нужно обращаться в коммерческие клиники. Аугментация, или увеличение груди, не входит в задачи хирурга-онкомамолога. Мы работаем, чтобы спасти здоровье наших пациенток. По части эстетики наша главная задача - добиться симметрии с противоположной стороны, чтобы обе груди были одинакового объема, как до операции.

**- Наличие имплантата затрудняет впоследствии самодиагностику груди?**



- Как раз наоборот - благодаря имплантату железистая ткань натянута, и любое новообразование будет лучше прощупываться.

**- Может ли использование методов эстетической маммологии спровоцировать рецидив злокачественной опухоли?**

- Бывает, что наши пациентки из-за страха перед возможным рецидивом опухоли и предстоящим лучевым лечением категорически отказываются от онкопластики, даже когда прогнозы по ее проведению крайне благоприятные. «Не надо никакой груди! Режьте под корень, так спокойнее!» - просят они, не понимая, что реконструкция не только НЕ усугубляет основное заболевание, а наоборот, положительно влияет на психоэмоциональное их состояние, повышает тонус, позволяет быстрее реабилитироваться и вернуться к нормальной жизни.

Ошибочно думать, что «нет груди - нет проблемы». Рецидив может возникнуть и после мастэктомии - в мышечной ткани. Вероятность возврата опухоли после органосохраняющих операций по сравнению с мастэктомией выше всего на 3%. Но положительные эмоции, которые при этом получает женщина от осознания собственной полноценности, покрывают эту статистику, поверьте как практикующему хирургу, с лихвой!

Опять же мы говорим только о местных рецидивах - на риск возникновения отдаленных метастазов онкопластика никак не влияет. А они-то гораздо более опасны: ведь удалить грудь гораздо проще и безопаснее, чем оперировать, например, мозг.

**Чтобы сохранить грудь, врачи стараются до операции с помощью лучевого лечения или химиотерапии уменьшать большие новообразования насколько это возможно. Если же опухоль «не откликается» на лечение, то единственным вариантом остается мастэктомия с отсроченным эндопротезированием.**



# Ребенок с Что нужно

◀ Есть еще одна специфическая онкопатология груди, которую может спровоцировать установка имплантата, - это **анапластическая лимфома**. Она может возникать не только в результате реконструктивных операций по поводу рака груди, но при обычной пластике, когда здоровая женщина хочет, например, увеличить размер своего бюста. Онкологи связывают ее появление с текстурой устанавливаемого имплантата. Пластические хирурги для себя решают эту проблему, используя гладкие круглые эндопротезы. В отличие от них онкологические имплантаты из-за того, что при протезировании мы уже не имеем 100% изначального объема груди, обязательно должны быть анатомической формы - в виде капли. Поэтому их невозможно сделать гладкими - они будут скользить и вертеться вокруг своей оси, и это будет видно. Поэтому онкологические имплантаты делают из полиуретана с текстурированной поверхностью. Считается, что ее контакт с кожей и провоцирует анапластическую лимфому. Но это явление чрезвычайно редкое. Например, в России до сих пор был зафиксирован всего 1 случай заболевания. Но знать об этом возможном осложнении женщины, идущие на установку имплантатов, должны обязательно.

**- О чем должна помнить женщина после проведения онкопластики или эндопротезирования?**

- После эндопротезирования нужно носить в течение двух месяцев специальное корректирующее белье. И к контрольным обследованиям добавить МРТ - этот метод более информативен для скрытых имплантатом участков молочной железы, нежели УЗИ и маммография.



Что касается пациенток после онкопластики, им можно всё: спать на животе, прыгать со скакалкой, летать на самолетах и даже умеренно загорать. Мы для того и лечим их, чтобы они жили смогли жить полноценно, наслаждались своим здоровьем и привлекательностью, были счастливы сами и дарили счастье своим близким. ☺

**Юлия Корчагина,**  
пресс-секретарь КГБУЗ «Алтайский краевой  
онкологический диспансер»

**Анна Анатольевна  
ГОЛЕНКО,**

заведующая отделением  
психоневрологическим  
для детей,  
врач-невролог,  
высшая  
квалификационная  
категория,  
КГБУЗ «Алтайский  
краевой клинический  
центр охраны  
материнства и детства»



**Синдром дефицита внимания и  
гиперактивности - заболевание  
центральной нервной системы  
(на стыке неврологии и психиатрии),  
при котором на первый план выходят  
поведенческие расстройства  
(гиперактивность) детей наряду  
с дефицитом внимания.**

В основе синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) лежит волнообразная и несоответствующая ситуации выработка веществ (нейромедиаторов), с помощью которых по нейронным цепям передается информация. Происходит это в зонах мозга, ответственных за удержание внимания, принятия решений.

Заболевание впервые описано в XIX веке, но несколько раз меняло свое название. В современной медицине оно называется «синдром дефицита внимания и гиперактивности». **СДВГ проявляется в раннем детском возрасте**, и, если его не корректировать и не лечить, он значительно затрудняет процесс обучения и социализации ребенка, что, в свою очередь, в дальнейшем негативно сказывается на жизни взрослого человека.

Для диагностики используются клинические проявления (шкалы и опросники для родителей, педагогов), психологические тесты и результаты таких методов диагностики, как электроэнцефалограмма, когнитивные потенциалы, МРТ головного мозга, биохимические показатели гемостаза и другие.

Среди **причин возникновения СДВГ** называют неблагоприятное течение беременности, болезнь матери во времени беременности, тяжелые роды (например, гипоксия), генетические факторы.



# синдромом дефицита внимания. Знать родителям

## Как проявляется синдром

**СДВГ можно заподозрить еще на 1-2 году жизни.** Дети в таком возрасте, едва начав ходить, практически сразу переходят на бег. Их двигательная активность носит беспорядочный и разрушительный характер. Преимущественно это механические игры, без какой-либо интеллектуальной подоплеки.

Позднее окружающие замечают, что к малышу будто «моторчик привязан». Он настолько активен, что буквально не может усидеть на одном месте, постоянно что-то крутит в руках, хватается игрушки и всё, что до чего может дотянуться. Сон у таких детей нарушен - они тяжело засыпают, просыпаются ночью, перемещаются в течение ночи на кровати.

К сожалению, родители детей (особенно маленьких) часто не обращают внимания на эти симптомы, списывая их на особенности характера, возраста и темперамента. Действительно, *СДВГ нелегко распознать, отличить от проявления характера, недостатка воспитания.* По этой же причине воспитатели детских садов игнорируют описанные симптомы. Тем более что, как правило, такие дети умны и опережают своих сверстников в моторном развитии.

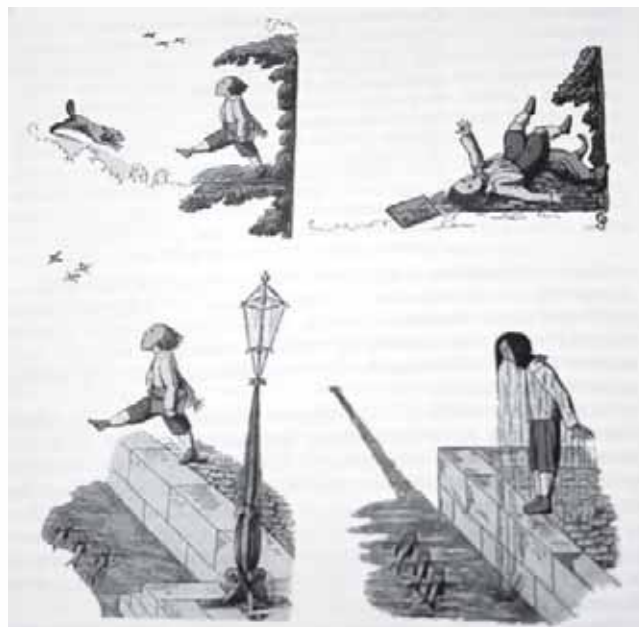
Чаще всего родители впервые приводят ребенка с СДВГ на прием к врачу-неврологу в 1-2 классе. Нередко делают это потому, что «отправили из школы», поскольку ребенок постоянно плохо себя ведет, страдает и качество его обучения. Как правило, у детей с СДВГ отмечаются проблемы с дисциплиной, **у них ярко выраженная небрежность в тетрадях и на парте.**

## В чем суть СДВГ

Если говорить достаточно обобщенно, то **синдром дефицита внимания и гиперактивности состоит из трех важных составляющих - это гиперактивное расстройство поведения, невнимательность и импульсивность.**

**Гиперактивное расстройство** заметно уже в раннем возрасте - это те признаки, о которых говорилось выше.

Что касается **импульсивности**, то она проявляется следующим образом. Ребенок перебивает, когда на уроке его не спрашивают, он вскакивает и отвечает. У таких детей *нет интеллектуального дефицита, но учатся они плохо* (чаще троечники), поскольку невнимательны и допускают много ошибок. Кроме того, *они не могут ждать*: в очередях падают на пол, кричат, плачут, просят купить им здесь и сейчас что-то, не могут подождать оплаты на кассе, не слы-



шат доводов. **Истерики по этому поводу - тревожный звоночек, который в совокупности с другими признаками должен стать поводом для обращения.**

Примерно к 14-15 годам компонент гиперактивности уходит, но сохраняются импульсивность и дефицит внимания, которые проявляются *отсутствием организованности во всех сферах* (это касается как учебного процесса, так и внешкольной деятельности, социальных контактов). Во взрослом возрасте такое встречается достаточно часто. Чаще всего без должного лечения и коррекции человек вырастает, а импульсивность и невнимательность остается с ним на всю жизнь.

**Выросшие дети с СДВГ - это люди, которые страдают.** У них проблемы с социализацией. По тому, как выглядит их рабочее место, - всё понятно без всяких исследований. Как правило, это большое количество вкладок в браузере компьютера, незаконченные отчеты и т.д. Эти люди никогда и ничего не делают вовремя, опаздывают, забывают о рутинных делах. У них нет чувства такта, ярко выражены протестные реакции.

## Как помочь

СДВГ требует к себе внимания. Лечение может быть медикаментозным и немедикаментозным.

Основной блок - **немедикаментозное лечение.** Важно понимать, что оно занимает не месяц-два и даже не один год. Пациенты с синдромом



постоянно наблюдаются у невролога, психолога и в некоторых случаях психиатра, поскольку при некоторых состояниях декомпенсации импульсивное поведение ребенка легко может переходить в девиантное (то есть в поведение, не соответствующее общепринятым общественным нормам: ребенок срывает уроки, ведет себя неприлично, сквернословит). Особенно это важно в таком сложном периоде, как подростковый возраст.

**Работа с семьей.** Все родные должны оказывать ребенку психологическую поддержку. Не должно быть так, что мама ходит с ним по больницам, занимается, а папа не осознает, что СДВГ - серьезное заболевание и требует с него чрезмерно многого.

**К таким детям должен быть строгий подход, но падающий.** Ребенка нужно учить организовывать собственное пространство, структурировать быт. У даже маленьких детей должны быть четко обозначенные обязанности. Что это может быть? Начиная с первого класса: посуду в раковину поставил, мусор вынес, в магазин сходил, рюкзак разобрал сам. Это очень важно. К сожалению, сейчас у родителей есть тенденция к гиперопеке, например, мамы, приводя на прием восьмилетнего ребенка, раздевают его сами. Обычным детям таким поведением мы оказываем медвежью услугу, на детях же с СДВГ - просто ставим крест. Зачем ему развиваться, если за него всё сделают родители?

Еще один важный момент. **Близкие ребенка** (родители, бабушки и дедушки, друзья, учителя) **должны знать о СДВГ и понимать, что это.**

### Рекомендации для детей с СДВГ

Мы рекомендуем **чередование деятельности**, чтобы после занятий в школе они никогда не садились делать уроки, а занимались чем-то, что позволило бы выплеснуть энергию, и только после этого есть смысл приниматься за домашние задания. Идеален для детей с СДВГ любой **спорт** (танцы, футбол, айкидо и т.д.). Если у ребенка есть предрасположенность демонстрировать себя окружающим, то неплохо было бы реализовать это желание в спорте. Для этого идеально подходят танцы или гимнастика.



### Диагностические критерии СДВГ

*Что делать, если вы подозреваете у ребенка синдром дефицита внимания и гиперактивности? Для начала изучите «опросник», приведенный ниже. Лучше, чтобы его сообще заполняли оба родителя. Если по нескольким из этих вопросов вы ответили «да», то это уже будет поводом обратиться к врачу-неврологу.*

**А. Постоянный паттерн (шаблон, схема) проявлений невнимательности и гиперактивности - импульсивности, оказывающий влияние на функционирование и развитие и характеризующийся симптомами из разделов I и /или II.**

**I. Невнимательность:** *шесть (или более) из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении, как минимум, шести месяцев в такой степени выраженности, которая соответствует уровню развития ребенка и негативно влияет непосредственно на социальные и учебные/профессиональные виды деятельности:*

**1.** часто не способен сосредотачивать внимание на деталях и допускает ошибки из-за невнимательности, небрежности в школьных заданиях, на работе и других видах деятельности (например, пропускает или теряет детали, выполняет работу неаккуратно);

**2.** часто с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр (например, испытывает трудности с концентрацией внимания во время лекций, бесед, длительного чтения);

**3.** часто складывается впечатление, что не слушает обращенную к нему речь (например, мысли где-то витают даже при отсутствии явного отвлекающего фактора);

**4.** часто не придерживается предлагаемых инструкций и не может до конца выполнить уроки, домашнюю работу или обязанности на рабочем месте (например, начинает выполнять задание, но быстро теряет фокусирование на нем и легко отвлекается);

**5.** часто испытывает сложности в организации выполнения заданий и своей деятельности (например, сложно организовать выполнение задания из последовательных действий, трудно сохранять в порядке материалы и вещи, работа выполняется неаккуратно и неорганизованно, плохо распределяет время, не укладывается в назначенные сроки);





6. часто избегает, высказывает недовольство и сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы, для старших подростков и взрослых - подготовка отчетов, заполнение форм, изучение длинных текстов);

7. часто теряет вещи, необходимые для выполнения заданий и текущих дел (например, школьные принадлежности, карандаши, книги, инструменты, кошельки, ключи, рабочие бумаги, очки, мобильные телефоны и т.д.);

8. часто отвлекается на посторонние стимулы (для старших подростков и взрослых это могут быть посторонние мысли);

9. часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях (например, при выполнении работы по дому, поручений, для старших подростков и взрослых - ответные звонки по телефону, оплата счетов, приход на назначенные встречи).

**II. Гиперактивность и импульсивность: шесть (или более) из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении, как минимум, шести месяцев в такой степени выраженности, которая не соответствует уровню развития и негативно влияет непосредственно на социальные и учебные/ профессиональные виды деятельности:**

1. часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах (сидя на стуле - крутится, вертится);

2. часто покидает свое место в ситуациях, когда нужно сидеть (например, встает в классе во время уроков, в офисе или на работе, других ситуациях, когда требуется оставаться на своем месте);

3. часто бегает туда-сюда, куда-то забирается в ситуациях, когда это неприемлемо (*примечание:* у подростков и взрослых этот симптом может ограничиваться ощущением беспокойства, невозможности оставаться на месте);

4. часто не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге;

5. часто находится в постоянном движении, ведет себя так, как будто к нему «прикрепили мотор» (не способен или ощущает дискомфорт, если требуется спокойно сидеть в течение продолжительного време-



ни, например в кафе, на встрече; окружающие могут расценивать его как беспокойного человека, с которым трудно иметь дело);

6. часто бывает болтливым;

7. часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца (например, завершает высказывания за других людей, не может ждать своей очереди во время разговора);

8. часто с трудом дожидается своей очереди (например, когда стоит в очереди);

9. часто прерывает других, мешает им (например, вмешивается в беседы, игры, дела; может начать пользоваться вещами других людей, не спросив или получив разрешения; подростки и взрослые могут вмешиваться или начинать делать то, что делают другие люди).

**Б. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности - импульсивности присутствовали в возрасте до 12 лет.**

**В. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности - импульсивности отмечаются в двух или более видах обстановки** (например, дом, школа или работа, контакты с друзьями или родственниками, других видах деятельности).

**Г. Имеются явные подтверждения тому, что симптомы оказывают значительное влияние, снижая качество деятельности в социальных контактах, обучении, профессиональной сфере.**

**Д. Симптомы не связаны исключительно с течением шизофрении или другого психотического расстройства, не могут быть лучше объяснены наличием другого психотического расстройства** (например, расстройства настроения, тревожного расстройства, диссоциативного расстройства, расстройства личности, интоксикацией каким-либо веществом или синдромом отмены).

**СДВГ - это болезнь цивилизации. Для ее преодоления потребуются много усилий со стороны пациента и его семьи, но все преодолимо, если работать в команде: «пациент + семья + врач + педагог». Успех будет обеспечен в случае сплоченной командной работы. Успехов вам и не стесняйтесь обращаться к врачу!** ☺



# Физические упражнения при заболеваниях органов дыхания



**Елена Ивановна ВОРАНКОВА,**  
врач по лечебной физкультуре, высшая квалификационная категория, КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер»

(Окончание. Начало - в №4(208), 2020г.)

Для достижения оптимального эффекта - сокращения сроков терапии при заболеваниях лёгких и сохранения стойкой ремиссии - необходимо комплексное применение средств и методов ЛФК, влияющих на главные механизмы патогенеза заболевания.

В методике занятий лечебной физкультурой применяются статические и динамические дыхательные упражнения.

К **статическим дыхательным упражнениям (СДУ)** относятся упражнения, выполняемые в покое, они осуществляются без движения конечностей и туловища - только при участии мышц диафрагмы и межреберных мышц.

К наиболее **распространённым СДУ в лечебной физкультуре относятся следующие три упражнения.**

**Задача первого упражнения** - овладеть техникой полного вдоха и выдоха. Требования к выполнению данного упражнения - устранение форси-

рованного вдоха и выдоха. Для контроля положите одну руку на живот, вторую - на грудную клетку. Лежа на спине, стоя или сидя, руки вытянуть вдоль туловища, мускулатуру тела расслабить. Сделав выдох, медленно и плавно вдыхайте через нос. Удержав на секунду воздух, выдохните.

**Второе упражнение.** Лежа на спине, стоя или сидя, сделать очень энергичный вдох и выдох. При вдохе сначала должна опуститься вниз диафрагма (выпячивание брюшной стенки), а затем должна начать расширяться грудная клетка. Это же уп-



ражнение может совершаться при одновременной работе грудной клетки и диафрагмы.

**Третье упражнение.** Лежа на спине или стоя, выполняйте «диафрагмальное» (брюшное) дыхание. Левую руку расположите на груди для контроля грудного дыхания, а ладонь правой - на живот, что позволит следить за движением стенок брюшной полости. Движением диафрагмы вниз, округляя во все стороны живот, провести вдох. Направьте движение диафрагмы вверх к нижним долям лёгких и, устремив переднюю брюшную стенку к позвоночнику, выполните выдох. Показателем правильности выполнения является относительная неподвижность левой ладони и поднятие правой ладони движением живота. Выполняя упражнение, дышать нужно через нос.

## ДИАФРАГМАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ





При динамических дыхательных упражнениях (ДДУ) дыхательные упражнения сочетаются с различными движениями конечностей и туловища. Рассмотрим основные из них.

**1. Из положения основной стойки** (см. рисунок выше):

- сделать вдох, наклонив голову к левому плечу, затем выдох, наклонив голову от левого плеча к правому;
- отвести голову назад - вдох, привести подбородок к груди - выдох;
- повернуть голову к левому плечу - вдох, повернуть голову от левого плеча к правому - выдох.

**2. Из положения основной стойки, руки на поясе или опущены вдоль туловища:**

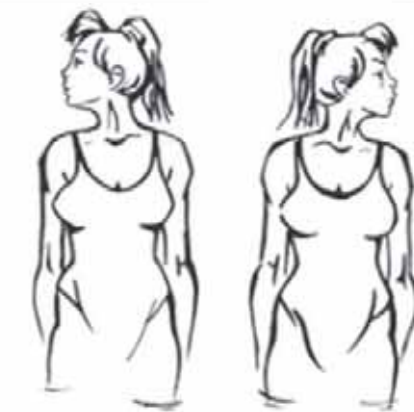
- медленно поднимать плечи - вдох, опускать - выдох;
- отвести плечи и согнутые в локтях руки назад - вдох, возврат в исходное положение - выдох;



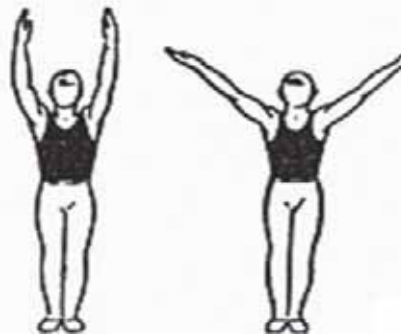
- вращательные движения плечами вперед и вверх - вдох, назад и вниз - выдох.

**3. Из положения основной стойки:**

- вытянуть руки вперед до соприкосновения ладонями и разведе-



сти их в стороны - вдох, свести их - выдох;  
- то же движение, но с ладонями, повернутыми кверху при разведении и повернутыми вниз при сведении;



- поднять руки вверх - вдох, опустить вниз - выдох;
- кружение рук, описывая задний полукруг, отводя руки назад не с полной амплитудой - вдох, то же положение рук вперед и в стороны - выдох;

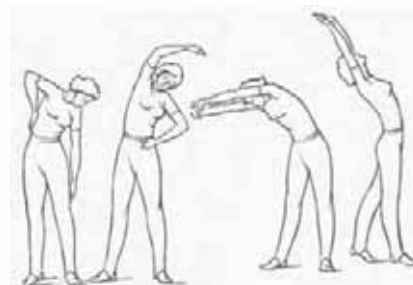
- согнуть руки к плечам (пальцы рук касаются плеч, локти опущены и слегка отведены назад). Руки вытянуть вверх ладонями внутрь, немного шире плеч, одновременно отвести прямую левую ногу на носок - вдох, возврат в исходное положение - выдох. То же с другой ногой;

- ноги на ширине плеч, руки опущены: медленно подняться на носки, одновременно медленно поднимаем руки в стороны и вверх, поворачивая их ладонями вперед и наружу - медленный глубокий вдох.

Медленно опуститься на всю ступню, руки опустить через стороны в исходное положение - продолжительный выдох.

**4. Из положения основной стойки:**

- наклоны туловища в стороны с попеременным скольжением ладонями по бедру и боку вниз и вверх с произвольным, но равномерным и глубоким дыханием;
- наклоны туловища в стороны, положение рук: одна - на голове, вторая - на поясе, делая попеременно вдох и выдох;



- руки на поясе: наклон туловища вперед - выдох, напряженное разгибание назад, не отклоняя головы, - вдох.

**5. Из положения основной стойки руки на поясе:**

- ходьба со счетом:
  - ▶ на два шага - вдох, на два - выдох,
  - ▶ или: на шаг - вдох, на два - выдох,
  - ▶ или: на два шага - вдох, на три - выдох,
  - ▶ или: на три шага - вдох, на два - выдох и т.д.
- ходьба с движением рук в различных направлениях: с разведением рук в стороны, с подниманием кверху, с кружением и т.д.

**Методические рекомендации**

Приступая к дыхательным упражнениям, следует запомнить основные методические принципы их проведения:

- функциональные изменения (как положительные, так и отрицательные) в лёгких зависят от поверхностного или глубокого дыхания;



## Реабилитация - путь к здоровью

● сначала не допускается углубленное дыхание, так как оно может вызывать болезненные ощущения в грудной клетке (в зоне воспаления);

● для нормализации учащенного дыхания, которое возникает у больного пневмонией, применяются упражнения в урежение дыхания;

● выдох должен производиться плавно, без толчков, без напряжения;

● не следует увлекаться продолжительной задержкой дыхания;

● в зависимости от исходного положения пациента изменяется и положение его диафрагмы. Объем дыхательной амплитуды диафрагмы больше всего при положении лежа на спине, меньше - сидя, еще меньше - стоя;

● приступая к дыхательным упражнениям, необходимо помнить анатомо-физиологические особенности дыхательных фаз.

**Вдох** гармонирует со следующими движениями:

- подниманием головы,
- с разведением плеч,
- с подниманием рук вперед или в стороны,
- с разведением их из положения руки вперед-в стороны,
- с подниманием рук вверх,
- с разгибанием туловища,
- с отведением одной ноги назад или в сторону на носок.

**С выдохом** гармонируют:

- опускание (наклонение) головы,
- опускание, сведение плеч,
- опускание рук,
- сведение рук впереди после разведения их в стороны,
- наклон туловища,
- поворот туловища в сторону,
- поднимание одной ноги вперед.

● Дыхательные упражнения, при которых вдох продолжительнее выдоха, назначаются при пневмонии, плевритах, бронхитах.

● Дыхательные упражнения, при которых выдох продолжительнее вдоха, назначаются при эмфиземе лёгких, бронхиальной астме.

● При ограниченной подвижности грудной клетки назначают упражнения, при которых вдох равен выдоху.

**Дыхательные упражнения выполняются через 2-3 часа после приема пищи, в хорошо проветренном помещении либо на свежем воздухе.**

Очень хорошо начинать выполнение дыхательных упражнений в сочетании с элементарными движениями рук, ног и туловища.

Дыхательные упражнения выполняются из исходных положений: лежа на спине, лежа на боку, сидя, стоя, в движении.

**Приступая к дыхательным упражнениям, необходимо научить больного дышать через нос.** Сделав выдох, не следует стремиться сделать вдох, вдох должен произойти произвольно, без всякого усилия пациента.

На ритм дыхания больше всего влияют два момента: произвольное дыхание и мышечные движения. Всякие движения руками, туловищем, в свою очередь, влияют на темп и ритм дыхания. Наилучшим упражнением, во время которого легче сочетать ритм движения с ритмом дыхания, является ходьба.

### Примерный комплекс лечебной гимнастики в домашних условиях (в период выздоровления)

Реабилитация больных после перенесенной пневмонии с помощью средств ЛФК проводится поэтапно.

На стационарном этапе (подострый период заболевания) на занятиях ЛФК в основном используются гимнастические и дыхательные упражнения.

**Предлагаем комплекс ЛФК, которым рекомендовано заниматься после выписки из стационара в домашних условиях.**



Условные обозначения, используемые в тексте: **ИП** - исходное положение; **ТМ** - темп медленный; **ТС** - темп средний.

1. Ходьба на месте с изменением темпа. 30 секунд. Дыхание равномерное.

2. ИП - стоя, руки в стороны. Повороты туловища влево-вправо. ТМ. 6-8 раз в каждую сторону.

3. ИП - стоя, руки на поясе. Наклоны влево-вправо. ТС. 5-7 раз в каждую сторону.

4. ИП - стоя. Руки в стороны - вдох, наклон туловища вперед, обхватив грудную клетку, - выдох. ТС. 4-6 раз.

5. ИП - сидя, руки на поясе. Выпрямить правую ногу, руки вперед - вдох; вернуться в ИП - выдох. ТС. 5-7 раз каждой ногой.

6. ИП - сидя. Отвести руки в стороны - вдох, наклон вперед - выдох. ТМ. 4-6 раз.

7. ИП - стоя, руки на поясе. Наклоны влево-вправо. ТС. 5-7 раз в каждую сторону.

8. ИП - руки к плечам. Вращение рук вперед-назад. По 5-8 раз в каждую сторону. ТС.

9. ИП - стоя левым боком у стула. Наклоны влево вправо. ТС. 4-6 раз в каждую сторону.

10. ИП - стоя. Отвести левую ногу назад, руки вверх - вдох; вернуться в ИП - выдох. То же с другой ноги. ТС. 5-7 раз каждой ногой.

11. ИП - стоя. Руки вверх - вдох; наклон головы, плеч (руки опущены) - выдох. ТМ. 4-6 раз.

12. ИП - сидя. Руки к плечам - вдох; локти опустить, наклон вперед - выдох. ТМ. 4-6 раз.

13. ИП - стоя. Руки вверх - вдох; присесть - выдох. ТМ. 5-7 раз.

14. ИП - стоя, гимнастическая палка сзади. Отведение рук назад; при этом прогнуться. ТМ. 4-6 раз. Дыхание равномерное.

15. ИП - стоя в наклоне, руки вперед. Повороты туловища влево-вправо. ТС. 5-7 раз в каждую сторону.

16. ИП - стоя, руки вверх. Наклоны вперед. ТМ. 4-6 раз.

17. Ходьба по комнате 30-60 секунд. ☺

# Заменитель сладостей

**Калорийность среднего банана - около 100ккал, и это всего 5% от рекомендуемой средней энергетической ценности суточного рациона.**

**Поэтому рекомендуемое количество для здорового человека - это 1-2 банана в день.**

## Польза от одного банана

**3г** (10% от суточной потребности) **клетчатки** (пищевых волокон), положительно влияющей на работу желудочно-кишечного тракта и продлевающей насыщение.

**480мг** (10-12% от суточной потребности) **калия**. Он положительно влияет на работу почек, на сердечно-сосудистую систему, помогает нормализовать артериальное давление, частоту сердечных сокращений.

**36мг** (8% от суточной потребности) **магния**. Вместе с калием он благотворно влияет на сердечную мышцу и скелетную мускулатуру. Людям, занимающимся спортом или фитнесом, рекомендуется использовать в качестве перекуса банан, который не только восполнит энергию, так как быстро повышает уровень глюкозы в крови, но и поможет проводить профилактику мышечных судорог.

**0,6мг** (почти 30% суточной нормы) **витамина В9** (фолиевой кислоты), положительно влияющий на кровяную систему, ЦНС, сердечную мышцу.

**Катехины** (фенольные соединения), имеющие противовоспалительную, антиоксидантную и противоопухолевую активность.

**Тирозин** - аминокислота, которая превращается в организме в серотонин: гормон радости.

## Какие бананы выбирать

Тем, кто имеет избыточную массу тела, предрасположенность к сахарному диабету или набору веса, стоит предпочесть **зеленые или желто-зеленые**, слегка незрелые бананы. Зеленые бананы имеют более низкий гликемический индекс, чем зрелые и перезрелые, то есть меньше повышают уровень глюкозы в крови. Зеленые бананы содержат так называемый нерастворимый крахмал, который сейчас активно исследуют с точки зрения коррекции массы тела,



контроля сахарного диабета и нарушений углеводного обмена.

По содержанию витаминов, микро- и макроэлементов выигрывают более **зрелые бананы**. Именно в перезрелых бананах с темными пятнами больше катехинов: антиоксидантов, обладающих противоопухолевой активностью.

Более зрелые и сладкие плоды содержат больше клетчатки, но и больше сахара.

## Что готовить из бананов

Банан - это очень удобный заменитель неполезных сладостей. Бананы **можно добавлять в тесто** при приготовлении выпечки, блинчиков, сырников, запеканок, заменяя часть муки и сахар - этот фрукт придаст нужную текстуру и сладкий вкус.

Банан **может быть дополнением к фруктовым десертам**: фруктовому салату или смузи. Его полезно добавить в творог вместо варенья или сахара.

Бананы измельчить вилкой, добавить яйцо и выпекать на антипригарной сковороде **блинчики**. Получится натуральная полезная сладость вместо конфет и пирожных.

Как вариант - приготовить **печенье из бананов**. Тесто готовится из размятых вилкой бананов, яиц и овсяной крупы, добавляются сухофрукты и немного лимонного сока, чтобы не было слишком сладко. Тесто ложкой выкладывается на пергаментную бумагу, и печенье выпекается в духовке. ☺



# Школа сахарного диабета первого типа для детей и их родителей



**Инна Александровна  
ВЕЙЦМАН,**

член Редакционного  
совета журнала,  
кандидат медицинских  
наук, доцент кафедры  
госпитальной терапии  
и эндокринологии АГМУ

***В Америке, Европе при сахарном диабете 1 типа развита система тьюторства, то есть семьи, в которых заболевает ребенок, начинают активно общаться с семьями, где уже опыт «общения» с диабетом велик. Это очень хорошая практика, когда «новички» всегда на связи со «старшеклассниками», они всегда могут задать вопросы и получить не просто ответы, а практические рекомендации. Так появляются друзья, происходит более быстрая адаптация к болезни всей семьи, приобретается опыт. В Москве с недавних пор тоже стала использоваться эта практика.***

Я люблю разговаривать со своими больными с большим стажем, они дают мне очень много практического материала - он бесценен. Поэтому в публикациях я буду приводить примеры из жизни людей с диабетом - для понимания, что вы не одиноки, и у других возникают подобные проблемы. Мы, врачи, владеем большой базой медицинских знаний, которые обязательны к применению при появлении диабета, поэтому обучение в школе диабета нужно проходить обязательно и повторять регулярно (во-первых, знания «выветриваются», во-вторых, наука не стоит на месте, приходят новые технологии, инсулины и другое).

На страницах журнала мы будем публиковать материал занятий Школы диабета, который подготовили врачи детские отделения эндокринологии Алтайского краевого центра охраны материнства и детства. В редакторской колонке я планирую предвзвешивать материал занятий. Конечно, сейчас много книг, интернет-ресурсов про сахарный диабет, в том числе и у детей, однако нередко на приеме пациент рассказывает, что он «просто захлебнулся» в потоке информации, нередко противоречивой, и только врач может ему помочь понять основу. Поэтому и реализуется проект «Школа диабета» на страницах нашего журнала.

В семьях, где заболевает диабетом ребенок, всегда помнят тот день, с которого всё началось... Вот как пишет об этом Татьяна Загоровская, уже взрослый человек, состоявшийся психолог: *«На этой неделе моему диабету исполнилось 12 лет. 24 марта 2004 года он у меня «родился». «Ты даже день помнишь?» - удивилась моя подруга. Да, помню. Очень хорошо. Я помню, во что была одета, когда у меня брали кровь и потом везли на скорой в больницу. Я помню мамыны глаза в слезах. Это был не самый лучший день в моей жизни».*

Когда проходит состояние первичной реакции, приходит понимание, что лечение сахарного диабета 1 типа держится на «трех китах»: диета, физическая активность и инсулино-

терапия. Сегодня как раз и пойдет речь о диетотерапии. Слово «diet» с греческого означает «образ жизни».

### **Основные правила питания, обязательные для выполнения:**

1. исключить (ограничить до минимума) всё сладкое;

2. изучить систему хлебных единиц (ХЕ) и понять, сколько инсулина требуется на расщепление 1 хлебной единицы у вашего ребенка, при этом составить рацион так, чтобы ХЕ он получал из тех продуктов, которые он любит, а не просто каждый день питаться гречневой кашей, потому что в ней легко подсчитать ХЕ;

3. помнить, что все углеводистые продукты имеют разный гликемический индекс, поэтому одни быстро всасываются и выражено повышают глюкозу (например, картофельное пюре), а другие - медленнее и не так сильно дают повышение гликемии (например, отварной картофель);

4. всегда иметь сладкое с собой (на случай резкого снижения глюкозы крови - гипогликемии);

5. если в моче определяется ацетон, временно исключить жирные продукты (сыр, орехи, семечки, свинина, майонез, колбаса).

**Но есть жизненные ситуации, при которых следует варьировать с питанием:** например, болезнь малыша и отказ от еды, или маленький ребенок, у которого рацион очень нестабилен и необходимо считать истинное количество съеденных ХЕ, а потом ставить инсулин, а может, ребенка пригласили на день рождения и вы заведомо знаете, что там будет пицца и торт (в этом случае посчитайте заранее количество инсулина на подколку, и пусть он идет с хорошим настроением, наслаждаясь дружбой).

В детской практике могут быть и другие нюансы в питании детей с сахарным диабетом 1 типа: «шантажирование» родителей гипогликемией для получения сладкого или намерение девочки-подростка снизить вес с резким ограничением ХЕ - будьте к этому тоже готовы. Ответы на эти и другие вопросы вы найдете в нашем занятии. ☺



# Питание при сахарном диабете первого типа

**В доинсулиновую эру единственным способом «лечения» сахарного диабета первого типа была диета с исключением продуктов, содержащих углеводы и жиры: так врачи и пациенты пытались снизить уровень глюкозы в крови за счет ограничения ее поступления в организм. Однако в условиях их отсутствия высвобождаются запасы глюкозы из печени - и уровень глюкозы в крови остается высоким.**

С появлением препаратов инсулина жизнь людей с сахарным диабетом первого типа изменилась: в рацион были включены углеводы, однако термин «диета» нигде не исчез. По-прежнему углеводы резко ограничивали как по количеству, так и по составу: это было связано с отсутствием средств самоконтроля глюкозы и несовершенством препаратов инсулина, что не позволяло оперативно корректировать повышение уровня глюкозы в крови. Однако ограничение потребления углеводов сказывалось как на развитии организма, так и на качестве жизни людей с сахарным диабетом первого типа.

В современном мире диета при диабете первого типа не требует полного исключения группы продуктов или ингредиентов, однако необходимо учитывать, как тот или иной продукт влияет на уровень сахара в крови и сколько инсулина требуется для его контроля.

В основе жизнедеятельности всех организмов лежит происходящий в них обмен веществ и энергии. Организм человека может существовать лишь при условии постоянного притока энергии. Источником этой энергии является пища. Основными ее составляющими являются углеводы, белки и жиры. В организме в процессе пищеварения они расщепляются на более простые соединения и используются с различными целями.

**Цели и задачи питания пациентов с сахарным диабетом первого типа:**

- достижение и поддержание целевых значений глюкозы крови,
- предупреждение развития и прогрессирования осложнений,
- безопасное проведение физических нагрузок,

- обеспечение нормального роста и развития ребенка.

**Принципы питания пациентов при сахарном диабете:**

- ◆ соотношение белков, жиров и углеводов, а также общая калорийность должны быть физиологичными (соответствовать возрасту),
- ◆ синхронизация углеводов и доз инсулина,
- ◆ ограничение простых (легко усваиваемых) углеводов,
- ◆ употребление большого количества клетчатки,
- ◆ ограничение употребления жиров.

## Основные составляющие пищи

**Белки.** Большое количество белка содержится в мясе, рыбе, птице, твороге, яичном белке. Белки используются в орга-



**Кристина Анатольевна КУРАКОВА,** врач-детский эндокринолог, отделение эндокринологии для детей КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»



Организм человека может существовать лишь при условии постоянного притока энергии. Источником этой энергии является пища. Основными ее составляющими являются углеводы, белки и жиры.

низме в качестве «строительного материала», на уровень глюкозы крови практически не влияют. Доля белков в рационе должна составлять 10-15%. Энергетическая ценность составляет 4ккал/г.

**Жиры.** Обладают наибольшей энергетической ценностью - 9ккал/г. Являются дополнительным источником энергии для организма, используются после углеводов, хранятся в виде жировой ткани. Прямо на уровень глюкозы крови не влияют, однако избыток жира повышает устойчивость тканей к инсулину, способствует развитию артериальной гипертензии, нарушений липидного спектра крови, сердечно-сосудистых заболеваний. Доля жиров в рационе должна составлять не более 30%.

Жиры, содержащиеся в сливочном и растительном масле, сметане, жирных молочных продуктах, семечках, орехах являются основным поставщиком жирных кислот, участвующих в процессах метаболизма в организме.

**Углеводы.** Они выступают основным источником энергии для организма. Довольно быстро перерабатываются в глюкозу, которая затем используется клетками тела. Количество углеводов, которое требуется организму, зависит от множества факторов: вес, возраст, пол и интенсивность, частота физической нагрузки.

Поскольку организм больного диабетом первого типа не способен производить инсулин естественным образом, ему требуется внешний инсулин, который вводится с помощью шприц-ручек или инсулиновой помпы. Необходимое количество инсулина зависит от используемого метода.

Продукты, содержащие углеводы: фрукты, ягоды, хлеб, крупы, овощи (картофель, кукуруза, морковь, свекла), бобовые (горох, фасоль, чечевица), макаронные изделия, жидкие молочные продукты, сладости, мучное.

**Углеводы можно разделить на две основные группы:**

◆ **неусвояемые углеводы** - это группа пищевых волокон, основным представителем которых является клетчатка. Клетчатка содержится в овощах (за исключением картофеля, кукурузы, моркови, свеклы) и практически не влияет на уровень глюкозы в крови, поэтому овощи можно не учитывать. Клетчатка разбухает в желудке и дает ощущение сытости; замедляет всасывание жиров (холестерина) и усвояемых углеводов; улучшает работу кишечника;

◆ **усвояемые углеводы.** Их можно разделить на медленноусвояемые и быстроусвояемые.

**Медленноусвояемые** («сложные», «несладкие», «медленные») - единственным представителем является крахмал, который относится к полисахаридам: представляет собой длинную цепочку молекул глюкозы. В кишечнике крахмал расщепляется до молекул глюкозы, которая и всасывается в кровь. Крахмал повышает уровень глюкозы в крови через 20-25 минут: отсюда и название - «медленные» углеводы.

Крахмал содержится в картофеле, зрелых бобовых (горох, фасоль), кукурузе, хлебе и хлебобулочных изделиях, крупах, макаронных изделиях, а также блюдах, содержащих муку (сырники, например). Требуется учета по системе хлебных единиц.

**Быстроусвояемые** («простые», «сладкие», «быстрые») углеводы представлены так называемыми «простыми» сахарами: моносахаридами (глюкозой и фруктозой) и дисахаридами (сахарозой, мальтозой, лактозой). Моносахариды и дисахариды быстро всасываются в кровь (начало всасывания - в ротовой полости) и повышают уровень глюкозы в крови через 5-10 минут, поэтому их и называют «быстрыми» углеводами. Глюкоза (виноградный сахар) содержится в винограде, виноградном соке, изюме. Фруктоза (фруктовый сахар) содержится во фруктах и ягодах, натуральных соках, мёде, варенье и джеме. Сахароза (тростниковый сахар) - в сахаре и всем, что его содержит: кондитерских изделиях, сладких напитках, соках и т.д. Лактоза (мо-





лочный сахар) содержится в жидких молочных продуктах (молоко, сливки, йогурт и т.п.). Требуют учета по системе хлебных единиц.

Чтобы уровень глюкозы крови после еды не становился выше целевых значений, необходима оптимальная доза инсулина (инсулина короткого действия, ИКД), вводимая перед едой. Одним из условий правильного расчета дозы инсулина является подсчет количества углеводов в продуктах. Для этого существует специальная система подсчета углеводов содержащих продуктов, по хлебным единицам. Система хлебных единиц (или ХЕ) была разработана для того, чтобы соотнести количество употребляемых усваиваемых углеводов и дозы инсулина, вводимого перед едой.

## Что такое 1 ХЕ?

За 1ХЕ принято считать 10-12 граммов усвояемых углеводов.

Для удобства созданы таблицы ХЕ, где каждый продукт переведен в ХЕ согласно содержащимся в нем углеводам. Это позволяет оценивать количество углеводов в продуктах.

Известно, что 1ХЕ повышает уровень глюкозы в крови в среднем на 2ммоль/л. Однако уровень глюкозы в крови после еды зависит не только от количества углеводов (ХЕ), но и от степени их всасывания, которая называется гликемическим индексом.

**Гликемический индекс (ГИ) зависит от нескольких параметров:**

- ▶ от степени измельченности продукта (картофельное пюре вызовет больший подъем уровня глюкозы крови, чем вареный картофель, яблочный сок - больше, чем яблоко, хлеб из муки мелкого помола больше, чем из муки грубого помола, - поэтому целесообразнее употреблять «защитные» клетчаткой углеводы);

- ▶ от длительности термической обработки (паста твердых сортов пшеницы предпочтительнее разваренной вермишели, крутая каша лучше, чем «размазня»);

- ▶ от спелости и длительности хранения (чем более спелый фрукт, тем выше гликемический индекс).

**Продукты с высоким ГИ (более 70):** мёд, кукурузные хлопья, воздушный рис, арбуз, белый хлеб, изюм, сахар;

**Продукты со средним ГИ (56-69):** картофель отварной, макароны, зерновой хлеб, рис отварной, апельсины, бананы;

### ПРОДУКТЫ С ВЫСОКИМ ГЛИКЕМИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ

Наименование продуктов	ГИ
глице	110
финики	103
топ из белого хлеба	100
глюкоза	100
шоколад	99
рисовая мука	95
пшеница	92
фрукты консервированные	91
макаронные изделия	90
мед	90
картофельное пюре	90
рисовая каша	90
макаронные изделия из белого муки	88
морозное	87
пшеничные хлопья, полнорис	87
морковь отварная	85
хлеб белый	85
картофельные чипсы	80
пшеница	80
маслины	80
печенье, пастушки, конфеты	80
кукуруза консервированная	79
пшеница	78
пшеница, булочки	76
черника	75
кабачки	75
тыква	75
хлеб длинный французский	75
картофель фри	75
сухофрукты	74
пшеничная каша	71
картофель вареный	70
пшеница, спагетти	70
арахис	70
пшеница, макарон	70
макаронные изделия	70
мармелад (джем с сахаром)	70
пшеничные батончики	70
капуста	70
пшеница, рисовый	70
репа	70
рис белый	70
сахар	70
шоколад молочный	70
печенье, бисквиты, торты	70

### ПРОДУКТЫ СО СРЕДНИМ ГЛИКЕМИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ

Наименование продуктов	ГИ
пшеница пресная	69
мука пшеничная	69
круассан	67
ананас	66
крем заварной	66
овсяная каша, геркулес	66
суф-пюре из сухого гороха	66
бананы	65
дыня	65
картофель вареный "в мундире"	65
консервированные овощи	65
манная каша	65
сок фруктовый с сахаром	65
хлеб черныш	65
ячмень, сухофрукты	64
макаронны с сыром	64
свекла	64
суф-пюре из бобов	64
зерна пшеничные пророщенные	63
опарды, блины	62
булочки для гамбургера	61
листья	60
рис белый	60
сахароза	59
листья	59
пшеница, макарон	58
бананы, джем	57
печенье овсяное, сдобное	55
салат фруктовый с фруктами, сливками	55
йогурт сладкий	52
суп томатный	52
гречневая каша	50
ячмень	50
рис коричневый	50
шербет	50
мюсли без сахара	50
овсяная каша	49
горошек зеленый консервированный	48
сок фруктовый без сахара	48
твердая масса сладкая	46
хлеб с отрубями	45
фасоль цветная	43
черника, голубика	42
кофе какао	41

### ПРОДУКТЫ С НИЗКИМ ГЛИКЕМИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ

Наименование продуктов	ГИ
виноград	40
горох, зеленый, свежий	40
фасоль белая	40
хлеб ржаной	40
рыбные и крабовые пельмени	38
макаронны из муки грубого помола	38
яблоки, груши	37
апельсины	35
кефир	35
йогурт обезжиренный	35
молоко, молочные продукты	35
курага, чернослив	35
морковь сырая	35
арахисовое масло	32
клубника	32
сваровина, малина	31
свекла	30
мармелад, джем без сахара	30
торт обезжиренный	30
персики	30
соевый	28
консервированные фрукты без сахара	25
чечевица	25
вишня, черешня	22
грейпфрут	22
перловая каша	22
сливы, абрикосы	22
шоколад с 70% какао и более	22
орехи	20
фруктоза	20
соя	15
кисломолочные продукты, кефир	15
редис	15
оливки, маслины	15
брокколи	10
брюссельская капуста	10
грибы	10
болгарский перец	10
капуста белокочанная, цветная	10
помидоры, огурцы	10
салат листовой, зелень	10
лук, чеснок	10
лимафу	10
семена подсолнуха	8

**Продукты с низким ГИ (менее 55):** яблоки, фасоль, горох, чечевица.

Некоторые научные исследования показали, что больные диабетом, которые употребляют продукты с низким ГИ, лучше контролируют уровень глюкозы в крови.

**Знания, полученные по питанию, являются неотъемлемой частью в лечении сахарного диабета. Научившись правильно подсчитывать количество углеводов, синхронизировано ставить необходимое количество инсулина, можно добиться оптимальных целевых значений гликемии. Соблюдение режима питания создает благоприятный биологический ритм в организации жизни пациента с сахарным диабетом и способствует повышению и сохранению его трудоспособности.** ☺

**Одним из условий правильного расчета дозы инсулина является подсчет количества углеводов в продуктах. Для этого существует специальная система подсчета углеводов содержащих продуктов, по хлебным единицам.**





8

**Доказанная  
иммунопрофилактика**



12

**Как защититься  
от клещей.  
Главные меры  
предосторожности**



**Роды в пандемию.  
О тех, кто отвечает  
за две жизни сразу**



28

**Дети с синдромом  
дефицита внимания.  
Рекомендации  
родителям**

На обложке: фото из архивов Алтайского государственного краеведческого музея, Государственного архива Алтайского края.

Медики - всегда на передовой!	1-3
Новости здравоохранения мира	4
Анатолий Бондаренко: «Хороший результат лечения - это когда пациент забывает, что получал травму»	5-7
Доказанная иммунопрофилактика	8-10
Новости здравоохранения мира	11
Как защититься от клещей. Главные меры предосторожности	12-13
«Прославляющий Алтай!»	14-15
<b>ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА</b>	
Н.А. Абзалова. Роды с рубцом на матке	16-17
Д.А. Кобзева. Роды в пандемию. О тех, кто отвечает за две жизни сразу	18-19
Антибиотик и еда	20
<b>ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ</b>	
Т.Н. Ярушина. Хроническая почечная недостаточность и COVID-19	21-22
М.В. Кобелева. Профилактика заболевания глаз у школьников	23-24
<b>ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!</b>	
А.С. Кулеш. Рак груди: спасаем здоровье и...красоту	25-28
<b>ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!</b>	
А.А. Голенко. Дети с синдромом дефицита внимания. Рекомендации родителям	28-31
Салат удачи	32-33
Как сделать из губ конфетку?	34
Новости здравоохранения России	35
<b>ДВИЖЕНИЕ К ЦЕЛИ 78+</b>	
Е.И. Воранкова. Физические упражнения при заболеваниях органов дыхания	36-39
Заменитель сладостей	39
<b>ШКОЛА САХАРНОГО ДИАБЕТА</b>	
И.А. Вейцман. Школа сахарного диабета первого типа для детей и их родителей	40
К.А. Куракова. Питание при сахарном диабете первого типа	41-43



# Общественный Редакционный совет журнала



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



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



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



**Вихлянов  
Игорь Владиславович**  
д.м.н., профессор,  
главный внештатный  
онколог министерства  
здравоохранения Алтайского  
края, главный врач  
КГБУЗ "Алтайский краевой  
онкологический диспансер"



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



**Козлова  
Ирина Валентиновна**  
к.м.н., главный редактор  
краевого медико-  
социального журнала  
«Здоровье алтайской  
семьи»



**Костромичья  
Марина Вячеславовна**  
главный врач КГБУЗ  
«ЦРБ с. Завьялово»



**Кравцова  
Людмила Ивановна**  
главный врач КГБУЗ  
«Рубцовская ЦРБ»



**Лазарев  
Александр Федорович**  
д.м.н., профессор, заведующий  
кафедрой онкологии, лучевой  
терапии и лучевой диагностики  
Алтайского государственного  
медицинского университета,  
председатель комитета  
по здравоохранению и науке АКЗС



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



**Насонов  
Сергей Викторович**  
к.м.н.,  
заместитель министра  
здравоохранения  
Алтайского края



**Плигина  
Лариса Алексеевна**  
Президент  
Профессиональной  
сестринской ассоциации  
Алтайского края



**Ремнева  
Надежда Степановна**  
к.с.н., председатель Алтайского  
краевого отделения Всероссийской  
неправительственной общественной  
организации Союз женщин России,  
Председатель Общественной  
женской палаты при Губернаторе  
Алтайского края



**Ремнева  
Ольга Васильевна**  
д.м.н., доцент,  
заведующая кафедрой  
акушерства и  
гинекологии Алтайского  
государственного  
медицинского  
университета



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



**Салдан  
Игорь Петрович**  
д.м.н., профессор



**Фадеева  
Наталья Ильинична**  
д.м.н., профессор  
кафедры акушерства и  
гинекологии Алтайского  
государственного  
медицинского  
университета



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

**ЗДОРОВЬЕ**

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№5 (209) май, 2020 г.



Лауреат Губернаторской премии  
среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота  
Союза журналистов России



Благодарность от Управления  
Алтайского края  
по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства  
Алтайского края, 2017 год

Свидетельство о регистрации СМИ  
№Ф5-12-1644 от 04.02.2003 г., выданное  
Сибирским окружным межрегиональным  
территориальным управлением  
Министерства РФ по делам печати,  
телерадиовещания и средствам массовых  
коммуникаций.

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

Время подписания в печать:  
по графику - 14.00 29.05.2020 г.,  
фактически - 14.00 29.05.2020 г.  
Дата выхода: 05.06.2020 г.

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

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

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

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

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В.:  
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать  
офсетная. Тираж - 4120 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге АП "Алтай" - 73618  
Подписной индекс в каталоге "Почта России" - ПР893

# Защита от лесного клеща

## Использование специальных химических средств

### АКАРИЦИДНЫХ СРЕДСТВ

(предназначены для обработки верхней одежды, применение на кожу недопустимо)

### РЕПЕЛЛЕНТНЫХ СРЕДСТВ

(предназначены для обработки верхней одежды, применение на кожу возможно)

## Индивидуальная (личная) защита людей

→ проводить само- и взаимоосмотры для обнаружения клещей

→ не садиться и не ложиться на траву

обязательно наличие головного убора

носить однотонную и светлую одежду

манжеты рукавов должны плотно прилегать к руке

не заносить в помещение свежие сорванные растения

брюки заправлять в сапоги, гольфы или носки с плотной резинкой, верхнюю часть одежды - в брюки

## После прогулки необходимо:

→ снять одежду

→ тщательно осмотреть тело и одежду

→ расчесать волосы мелкой расческой

**!** ПРИ УКУСЕ КЛЕЩАМИ НЕОБХОДИМО НЕМЕДЛЕННО ОБРАТИТЬСЯ К МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ (в г. Барнауле - травмпункты, в районах - Центральные районные больницы).



Захватите клеща как можно ближе к головке



Неправильное извлечение клеща

## ТРИ НЕЛЬЗЯ

- 1 НЕ СДАВЛИВАЙТЕ ТЕЛО КЛЕЩА**  
Так вы можете выдавить в ранку его содержимое вместе с огромным количеством возбудителей инфекции.
- 2 НЕ ПОЛИВАЙТЕ КРОВОПИЙЦУ КЕРОСИНОМ И МАСЛОМ**  
Из-под кожи он не вылезет, потому что умрёт, а вытянуть мертвого сложнее.
- 3 НЕ ВЫНИМАЙТЕ КЛЕЩА ПАЛЬЦАМИ**  
Руки и место укуса после операции обязательно продезинфицируйте.