

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (222) ИЮЛЬ 2022





По волне моей памяти... О семье, о школе и об университете

«Народ, не знающий своего прошлого, не имеет будущего»
М.В. Ломоносов

В прошедшем году было 50 лет, как я окончила Новоромановскую среднюю школу Калманского района. Было твердое намерение в юбилейный для моего выпуска год побывать в школе, повстречаться с учителями (*тем более имею в семье хороший пример для подражания - мой муж Вадим Владимирович более 10 лет возглавляет Попечительский совет школы №19 г.Новоалтайска, которую он окончил*). Но COVID-19, увы, внес свои коррективы в сроки... Кстати, в 2021 году школа отмечала и 90-летний юбилей, и на ее сайте появились материалы об ее истории.

И вот в июне этого года мои планы осуществились. Познакомилась по телефону с нынешним директором школы **Светланой Александровной Курмаевой**, получила согласие на встречу и решила немного подготовиться к визиту. В семейном альбоме сохранились фотографии моей школьной поры, в том числе и фото старого здания школы. Сохранился и мой аттестат об окончании школы. Трудовые книжки родителей. Возможно, если бы я выросла в этом селе, там остались бы мои корни, чаще бы бывала в школе, активнее участвовала бы в ее жизни... Но! Тем не менее, я считаю, что перед школой у ее выпускников всегда есть некие «моральные обязательства», а в моем случае это еще и дополнительные семейные моменты. Моего отца, **Бочарова Валентина Семеновича**, в августе 1965 года после многолетней командировки за пределы края назначили руководителем в совхоз имени Ленина, центральная усадьба которого находилась в селе Новороманово. И так случилось, что, отучившись в многоэтажной современной школе в центре Новосибирска, где я проживала в период командировки родителей вместе с бабушкой, в свой первый учебный день в пятом классе на новом месте жительства я оказалась в двухэтажном деревянном довольно старом здании, где в то время размещалась Новоромановская школа. Руководитель хозяйства в советские времена в принципе отвечал за многое, в том числе и за школу. А если учесть, что моя мама **Лия Анфиногентовна** была учителем химии, и чуть позднее «на усиление» приехала из Новосибирска и моя бабушка **Вера Васильевна** - тоже учитель с многолетним стажем, - то тема школы, думаю, в семейных разговорах с отцом была далеко не второстепенной. ▶



От редактора

Из моих детских воспоминаний (дети часто невольно становятся свидетелями самых серьезных разговоров взрослых, в том числе и официальных), строительство школы в Новороманово далось не просто, совхоз - хоть и при поддержке властей - возводил ее хозспособом. Но понимание важности этого объекта было столь велико, что уже в 1969 году было построено здание на 480 ученических мест, со спортивным залом, прекрасными кабинетами. Однозначно, это стало событием и для Новороманово, и для соседних сел, из которых старшеклассники продолжили учебу в новом здании школы, и для Калманского района. Мой отец (труженик и в жизни очень скромный человек) по совокупности результатов своей работы в тот период времени - думаю, и школа была в активе его заслуг - был награжден орденом Трудового Красного Знамени.

Школа и сегодня выглядит очень современно и содержится в очень достойном состоянии. Это, безусловно, заслуга нынешнего руководителя и коллектива школы. Помню, как мама гордилась, что в кабинетах химии и физики есть отдельные помещения для лаборантских, как ездили в Барнаул к знакомым и сокурсникам за химреактивами и лабораторной посудой. Помню первую поездку в Барнаул

в институт имени Лисавенко за саженцами для школьного участка, экзотических в тот период декоративных кустарников. И как приятно видеть сегодня и кабинет химии на том же месте, и аккуратную школьную территорию в цветниках.

Главное, в школе был (как мне кажется, и остается) коллектив замечательных учителей. Спасибо моим классным руководителям: учителю математики **Воронковой Марии Кузьминичне**, учителю физики **Калининой Галине Владимировне**. Помню прекрасные уроки **Черкасовой Клавдии Митрофановны** и **Панковой Александры Ивановны**. Не только азы английского языка, но и информацию о современной иностранной литературе получила от **Диденко Зинаиды Варфоломеевны**. Заметным тогда стало появление в коллективе молодого и энергичного педагога **Иванова Юлия Константиновича**, позднее возглавившим Новоромановскую школу. С началом строительства военного городка пополнился и преподавательский состав - мои родители были дружны с семьей военного строителя **Шкетик**, его жена **Галина Павловна** - замечательный педагог и активно включилась в школьную жизнь.



Мы были несколько раз в Калманском районе в рамках нашего общественно-демографического проекта «Здоровая семья - это здорово!» с различными программами: «Школы здоровья - школы профилактики», «Вахта памяти» и другими. Писали в журнале о них и о проходивших в соседнем селе Панфилово литературных Черкасовских чтениях.

...Хорошо, что в поездку приватила с собой кое-что из семейного архива и журналы. Совершенно неожиданно для меня Светлана Александровна на встречу со мной, выпускницей 1971 года (!), помимо учителей, пригласила еще и старшеклассников. Очень приятно, что ребята, несмотря на летние каникулы, откликнулись, и хоть и экспромтом, но наш первый (очень надеюсь, не последний!) разговор состоялся.

Конечно, мы говорили не только о моих школьных годах, о жизни села и школы в то время, но и о выборе своего жизненного пути. О том, какое значение в жизни каждого человека имеют семья и школа. Как важно знать и понимать и гордиться (!) тем, какой конкретный след на Земле оставили твои деды, родители. Как школа и учителя помогают в вы-



От редактора

боре жизненного пути, будущей профессии.

...Моя мама поступила в Томский мединститут, но в непростое послевоенное время не имела материальной возможности учиться вдали от дома. В том, что несколько учеников нашей школы выбрали профессию врача, убеждена, есть и ее заслуга. Она, как учитель химии, подсказала о таком возможном выборе своим ученикам. Привила им любовь к химии, поддерживала их, занималась с ними дополнительно, организовывала их участие в краевых олимпиадах, и как результат дала хорошие знания по своему предмету, которые позволили выдержать вступительный экзамен при довольно большом конкурсе в мединститут. Ее учениками были **Лебедева (сейчас Кулишова) Тамара Викторовна** (1969 год выпуска из школы) д.м.н., профессор АГМУ, **Седов Анатолий Федорович** (1972 год выпуска из школы) работал в санатории «Сосновый бор». В 1971 году я поступила на лечебный факультет АГМИ, в августе того же года отец получил новое назначение, такая была практика работы с руководящими кадрами.

Алтайский государственный медицинский институт

ОБЪЯВЛЯЕТ ПРИЕМ СТУДЕНТОВ

на 1-4 курсы 1971—1972 учебного года вышеступящего отделения на специальностях лечебный и подмагистровский.

Лечебный факультет готовит врачей общего профиля. Подмагистровский факультет — детских врачей.

После сдачи в институт сдают экзамены по профильным предметам: биология, химия, физика, математика, по предмету выбора и литературе (исключения) или непрофильному дисциплине.

При поступлении в институт подается на имя ректора следующие документы: заявление с указанием избранного факультета, документы о среднем образовании (подлинный или заверенная копия трудовой книжки, заверенная предпринимателем, для работающих), копии трудовой книжки, заверенная предпринимателем, для работающих, выданный в Москве сертификат годности (форма № 28/01-4) (фотокарточка 35 × 45 мм) — с указанием даты прохождения.

При выборе в институт выходящий лично предоставляет паспорт, военный билет (для призывов с 1962 года).

После завершения приема в институте по 20 июля 1971 года. Вступительные экзамены — с 1 по 20 августа.

Литература, принятая в институте, высылается по почте. На обмен корреспонденции в редакцию института обращайтесь по адресу: г. Барнаул, ул. Ленина, 48.

Благодарна за заинтересованный разговор с ребятами, за те мероприятия и проекты, которые сейчас в школе реализуются (не без деятельного участия заместителя директора по ВР **Юлии Юрьевны Козловской**). Впечатлило знакомство с формируемым с большой любовью музеем школы и «движителем» этой исследовательской деятельности - его директором, учителем истории **Еленой**

Викторовной Шадринной. С гордостью и уважением о школьниках - участниках патриотических акций поведала учитель иностранного языка **Лидия Сергеевна Присекина**. Пока не буду рассказывать о наших совместных планах, пусть будут сначала дела!

Наш журнал имеет опыт совместной работы с педагогическим сообществом края. Так, на пике актуальности проблемы был подготовлен цикл материалов «**Школа при- емных родителей**», которые были использованы и при подготовке одноименного тематического выпуска журнала. Систематически публиковались материалы в рубрике «**Воспитавай здоровым**», которые в том числе рассказывали и об опыте применения здоровьесберегающих технологий в детских дошкольных и школьных образовательных учреждениях края. 2010 год был объявлен Годом учителя в РФ, и наш журнал это отметил проектом «**2010 год - Год учителя на Алтае. Здоровая семья - это здорово! Начни с себя**», включавшем и цикл публикаций по особенностям профилактики отклонений здоровья у педагогов, и проведение медиками обучающих занятий по ЗОЖ для педагогов в школах ряда районов.

2023 год объявлен в России Годом учителя и наставника. Безусловно, работа по профориентации школьников системно ведется и АГМУ, и Минздравом, и рядом медицинских организаций. Но нам представляется, что живые встречи выпускников в своих школах могут стать дополнительным аргументом в выборе той или иной профессии для старшеклассников. В стране, в крае профессия медика стабильно остается одной из востребованных профессий. **Надеюсь, что наша инициатива придаст этой работе дополнительный социальный импульс и массовость, а коллеги - медики, Медицинская палата края, профессиональная сестринская ассоциация - в этой инициативе нас поддержат.**

Окончание на третьей обложке.



Сложная операция по ОМС

Право россиян на бесплатную медицинскую помощь - одна из социальных гарантий государства. По ОМС сегодня можно не только пройти комплексное обследование, но и сделать дорогостоящую операцию. Главный критерий для этого - медицинские показания.

Сколько видов?

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) - это лечение сложных заболеваний с применением самых прогрессивных разработок в этой сфере: роботизированной техники, клеточных технологий, методов геной инженерии. **Право на бесплатную ВМП имеют все россияне без исключения.** Главное условие для ее получения - медицинские показания, которые определяет лечащий врач.

Перечень видов ВМП установлен в программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, которую ежегодно принимает Правительство. Сегодня в перечень ВМП входят **около 1500 видов услуг** по таким направлениям, как лечение органов брюшной полости, акушерство и гинекология, гастроэнтерология, эндокринология, гематология, нейрохирургия, онкология, неврология, офтальмология, челюстно-лицевая хирургия и другим.

Существуют два перечня ВМП. Первый содержит виды услуг, включенных в базовую программу ОМС. ВМП в этом случае оказывают клиники, включенные в реестр медицинских организаций, работающих по ОМС. Во второй перечень входят виды ВМП, которые ОМС не предусмотрены. В этом случае пациентов отправляют на лечение в федеральные государственные центры или медицинские организации, перечень которых утверждает региональный Минздрав. Пациентам ВМП оказывают бесплатно, вне зависимости от того, входит она в программу обязательного медицинского страхования или нет.

Как распределяют?

Медицинские показания к ВМП определяет лечащий врач, так что сначала нужно обратиться в свою поликлинику. Если такие показания действительно есть, **врач должен оформить направление на госпитализацию для оказания ВМП.** К этому направлению необходимо приложить **пакет документов** - выписку из медкарты, заверенную подписями лечащего врача и руководителя поликлиники, копию паспорта или свидетельства о рождении, копию полиса ОМС и СНИЛС, а также согласие на обработку персональных данных.



Дальнейшие действия будут зависеть от того, включен ли вид необходимой помощи в программу ОМС. Если да, то направление лечащего врача и пакет документов нужно отправить в медицинскую организацию, которая будет оказывать ВМП. Если нет, - то в региональное министерство здравоохранения. Документы может отправить как сам пациент, так и поликлиника. Причем медучреждение обязано это сделать в течение трех рабочих дней.

Следующий шаг - **получение талона на ВМП.** Если вид помощи, в котором нуждается пациент, предусмотрен ОМС, то такой талон должна оформить принимающая медицинская организация. Если нет, то его оформляет соответствующий отдел регионального минздрава. К этому талону в ведомстве прилагают комплект документов и заключение комиссии по отбору пациентов на оказание ВМП. Решение комиссии должно вынести не позднее десяти рабочих дней со дня получения документов пациента.

Когда госпитализируют?

Решение о госпитализации принимает комиссия по отбору пациентов на ВМП принимающей клиники. Такое решение там должны принять в течение недели со дня оформления на пациента талона на ВМП. Проверить статус талона можно на сайте talonrosminzdrav.ru. Сроки ожидания госпитализации могут составлять от нескольких дней до нескольких месяцев. Это зависит от очередности в листе ожидания и наличия свободных мест в медучреждении.

Если получен отказ

Законодательно определены две причины для отказа в высокотехнологичной медицинской помощи - **отсутствие показаний и наличие противопоказаний к лечению.**

Если в выдаче направления на ВМП отказали, можно обратиться с заявлением или жалобой в направляющую медицинскую организацию, территориальный орган здравоохранения субъекта, территориальный фонд ОМС, Минздрав или Росздравнадзор. 📞



Хирурги - не роботы. Они способны на большее

О медицине будущего, подготовке врачей и каждом из нас



Павел Владимирович АНДРЕЕВ,
врач-хирург, первая квалификационная категория, хирургическое отделение, КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Мечта не бывает случайной

Уже в школе я был уверен, что свяжу свое будущее с медициной. Сначала я просто знал, что это благородная профессия, мечтал о белом халате и фонендоскопе. Но однажды хирургу пришлось зашивать мне обширную рану, после приходилось ездить в больницу на перевязки. Именно тогда я впервые понял, что есть люди, способные помочь тогда, когда никто, даже родители, помочь не могут. Они спасают от боли и смерти, решают какие-то нерешаемые вопросы. Я четко понял, что хочу помогать людям справляться с недугами. Мечта стала осознанной.

К окончанию школы я твердо решил стать хирургом. И поступил в Алтайский государственный медицинский университет.

Учителя от Бога

За годы учебы у меня было много замечательных педагогов, которые не только дали знания и умения, но и научили врачевным истинам и принципам. Я благодарен судьбе за то, что смог побывать на лекциях многих известных профессоров: **Зиновия Соломоновича БАРКАГАНА, Бориса Яковлевича ВАРШАВСКОГО, Юрия Александровича ВЫСОЦКОГО, Валерия Михайловича БРЮХАНОВА, Владимира Ивановича ОСКРЕТКОВА, Якова Нахмановича ШОЙХЕТА** и других.

Уверен, что самым важным для начинающего хирурга, помимо базовых знаний и желания учиться, является наставник. С хорошими наставниками молодые, еще неопытные хирурги начинают постепенно приобретать практические навыки и тонкости, о которых не пишут в учебниках. Самостоятельно получить необходимый для специальности врача набор знаний - крайне трудно, почти невозможно.

От простого к сложному

Я начал работать медбратом в хирургическом отделении барнаульской городской больницы №3 с третьего курса университета, а затем и в городской больнице №1, параллельно дежурил с докторами этих больниц. Это дало мне большой опыт в простых медицинских манипуляциях, в умении общаться с пациентами. Так, от простого к сложному, у меня формировались всё новые и новые навыки. Благодарен многим опытным хирургам, у каждого из них я брал для себя что-то новое. Первые шаги в хирургии мне помогал делать **Виталий Федорович СУМИН**. Главным же своим наставником в хирургии я считаю **Игоря Владимировича АРГУЧИНСКОГО**, он очень многому меня научил.

Техника и руки хирурга

Хирургия будущего существует уже сейчас. Отрасль, специальность развиваются очень быстро: появляются более современные аппараты для эндоскопических операций, новые коагуляционные системы для остановки кровотечений, сшивающие аппараты, которые позволяют накладывать более быстрые и безопасные анастомозы. Но, конечно, вся эта техника - ничто без рук хирурга. И поэтому в современных реалиях врачам любой специальности нужно непременно совершенствовать свои умения и навыки. Например, обязательно выбирать время для участия в конгрессах и конференциях, ведь именно там передовые специалисты медицины делятся своими знаниями и опытом.

Бесценно, когда в Барнаул в рамках конференций приезжают коллеги из других городов и стран для проведения показательных операций. С восхищением наблюдал за работой профессора **Игоря Евгеньевича ХАТЬКОВА**, блестящего лектора и оператора, всемирно известного в эндоскопической



хирургии поджелудочной железы, прекрасно теоретически подготовленного и максимально корректного с пациентами. Впечатлил меня и профессор **Вячеслав Иванович ЕГОРОВ**. Список талантливых врачей со всего мира, которые становятся моими наставниками хотя бы на короткое время, постоянно растет. Наблюдая за их работой, понимаешь, что наши хирурги ничуть не уступают, а где-то даже превосходят европейских коллег.

Основная цель: спасти

Сегодня в крае всё более остро встает вопрос кадрового дефицита. Ряд лечебных учреждений закрывают операционные блоки и хирургические отделения из-за нехватки хирургов. Хирургу, особенно сразу после обучения в университете, без опыта и наставника, приходится крайне сложно. Отчасти поэтому я стал дежурить в отделении экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации краевой клинической больницы. Мне не раз приходилось помогать хирургам находить решения в сложных ситуациях. Много раз выезжал в районы и оперировал пациентов на местах. Это особенно сложно, потому что во время операции работаешь с незнакомым тебе персоналом в непривычных условиях, иногда с ограниченным набором инструментов и расходных материалов.

Главная цель врача - помочь каждому пациенту. В некоторых ситуациях может показаться, что больной безнадежен, но ты понимаешь, что должен пойти и сделать то, что положено. Были случаи, когда даже, казалось бы, безнадежные больные шли на поправку. Всегда стараюсь отслеживать судьбу пациентов, которых оперировал.

Новые возможности

За годы работы я освоил большое количество вмешательств на органах брюшной полости, щитовидной, молочной железе, в том числе сложные открытые и эндоскопические, высокотехнологичные операции.

Пройдя повышение квалификации по УЗИ, открыл для себя новые возможности в хирургии. Так можно максимально быстро и эффективно посмотреть больного, спрогнозировать предстоящую операцию, выявить анатомические особенности.

После прохождения повышения квалификации в 2014 году в Москве у профессора **Юлии Валерьевны КУЛЕЗНЁВОЙ** в краевой клинической больнице был внедрен весь комплекс чрескожных вмешательств в хирургии под контролем УЗИ и рентгена. Это позволило улучшить результаты лечения больных, уменьшить травматизм вмешательств и сократить время до выздоровления больного. Радует, что администрация больницы всегда поддерживает новые методики и находит способы их применения.

Помощь нужна всё больше

Новая коронавирусная инфекция внесла коррективы в нашу работу. Последние три года нашему отделению приходилось подстраиваться под реалии работы в условиях пандемии. Закрывались другие стационары, и мы брали их работу на себя. Отделение с этим блестяще справилось. Сейчас, когда пандемия идет на спад, работы становится еще больше, так как долгое время из-за ограничений люди не могли получать плановую помощь. Поэтому теперь востребованность хирургии в крае будет продолжать расти.

Сложности подготовки сегодня

Я внимательно наблюдаю за современной системой обучения врачей, особенно хирургов - тех, кому часто приходится принимать очень быстрые и сложные решения, от которых зависит жизнь человека. С особой осторожностью работаю со студентами, которые теперь обучаются иначе (больше времени на самоподготовку, тестирование и дистанционные курсы на компьютере).

К сожалению, в ближайшем будущем мы можем столкнуться с последствиями нынешнего нелёгкого обучения студентов в период пандемии: слишком долгое время оно проходило заочно, дистанционно. Надеюсь, наш медицинский университет будет проводить большую работу по компенсации возможных пробелов в знаниях. Хорошо, что в распоряжении студентов сейчас есть современные фантомы, симуляторы, которые позволяют оттачивать профессиональные навыки до контакта с реальным больным. И это большое благо, недоступное ранее нам.

Вместе с пациентом

Как техника не способна работать без врачей, так и медицина не способна перейти на качественно новый уровень без помощи пациентов. Для перехода к хирургии будущего должно измениться и общество. Оно должно понять, что лучше предотвратить болезнь, чем ее лечить. Нужно своевременно обращаться за медицинской помощью, контролировать свои особенности и недомогания.

Важно обладать простыми знаниями и навыками первой медицинской помощи, например, на месте ДТП, в быту, на отдыхе. Всему этому необходимо учиться при поддержке медиков. Сегодня есть много видео в интернете, доступны книги с описанием техник наиболее распространенной помощи.

Так что же такое хирургия будущего? По-моему, это когда больному в максимально короткие сроки может быть оказана минимально травматичная и эффективная помощь, направленная на его выздоровление и улучшение качества жизни. Такая медицина, безусловно, требует много сил врачей и руководителей учреждений, средств для обучения персонала, развития современных диагностических и лечебных технологий, научных прорывов, условий для их реализации. В нашем крае медицина находится в приоритете, и главное - есть люди, которым не всё равно. Поэтому знаю, что всё получится. ☺



Что нужно знать об АФС



Наталья Николаевна ЗЯБЛОВА,
заведующая
ревматологическим
отделением,
врач-ревматолог высшей
квалификационной
категории,
КГБУЗ «Краевая
клиническая больница»

Настало время поговорить о заболевании, которое из-за своей сложности и необычности не сразу приводит пациента к профильному врачу. Речь пойдет об антифосфолипидном синдроме.

Что такое АФС

В основе антифосфолипидного синдрома (АФС) лежит синтез нашим организмом антител к своим же фосфолипидам. Отсюда и такое название. Это своего рода **нарушение иммунного ответа**. Организм не распознает «свое - чужое» или делает это с какими-то нарушениями. Выработанные антитела атакуют свои клетки, что приводит к серьезным клиническим проявлениям.

Где находятся фосфолипиды

Фосфолипиды встречаются во всех клетках нашего организма, включая клетки крови и внутреннюю выстилку сосудов. Ими представлены клеточные мембраны и мембраны внутриклеточных структур.

Именно потому, что фосфолипиды являются одним из самых распространенных строительных материалов всех органов нашего организма, АФС носит масштабный и тяжелый характер проявлений.

Как можно распознать АФС

Основу проявлений этого синдрома составляют **различные виды тромбозов**. Это могут быть тромбозы вен любой локализации.

Тромбозы вен конечностей протекают с отеком, иногда с болью. *Внутричерепные венозные тромбозы* могут манифестировать головной болью, нарушением зрения, отеком лица, век. Артериальные тромбозы чаще всего сопровождаются выраженной болью и изменением цвета ткани ниже тромбированного участка. *Тромбозы сосудов внутренних органов* наиболее тяжелы и сопровождаются нарушением их функции: почек, центральной нервной системы, сердца, печени и т.д.

Помимо вышеописанных очевидных тромботических проявлений стоит обратить внимание на другие состояния, зачастую не относимые к

этой патологии. Речь о **привычном невынашивании беременности, язвенно-некротическом поражении кожи, мраморности кожи или повышенной ее синячковости**. Все эти перечисленные состояния могут быть также микротромбозами, которые трактуются как проявление антифосфолипидного синдрома.

Набор тромботических симптомов у каждого пациента может отличаться. Одни пациентки страдают только привычным невынашиванием беременности. Другие пациенты зачастую наблюдаются у невролога с рецидивирующими инсультами. Кто-то - постоянный пациент у кардиолога или ангиохирурга с инфарктами миокарда, тромбозами артерий или вен.

Почему такие разные клинические проявления

Всё зависит от того, какие антитела продуцирует организм.

Наши фосфолипиды неодинаковы, существует несколько их видов. Так и антитела могут вырабатываться только к одному виду фосфолипидов, или же к нескольким сразу. Наиболее тяжелым является антифосфолипидный синдром с синтезом антител сразу к нескольким видам фосфолипидов. Кроме того, существенно важен уровень синтеза, то есть какое количество антител произведено и какие они - иммуноглобулины М или иммуноглобулины G.

Что делать, если есть симптомы

Пациенту, если у него есть вышеперечисленные симптомы:

● **необходимо незамедлительно обратиться к врачу для устранения неотложного состояния, связанного с текущим тромбозом.** Это могут быть врачи неотложной помощи, терапевты, ангиохирурги, кардиологи, неврологи и т.д.;



● *требуются дополнительные лабораторные тесты для уточнения наличия или отсутствия антифосфолипидного синдрома.* К таким тестам относятся: исследование патологии гемостаза с определением волчаночного антикоагулянта, определение антител к фосфолипидам. Наиболее часто определяются антитела к кардиолипину, антитела к В2-гликопротеину, антитела к аннексину V. Но существуют и другие виды антител, необходимость исследования которых определяет врач.

Диагноз антифосфолипидного синдрома - это совокупность тромботических клинических проявлений и выявленных антител к фосфолипидам.

После устранения неотложного состояния или одновременно с ним консультативную помощь по этому заболеванию лучше начать с врача-гематолога, занимающегося патологией гемостаза. В нашем регионе располагается один из ведущих в стране медицинских центров, специализирующийся по данной патологии, - центр патологии гемостаза имени академика РАН З.С. Баркагана.

Почему вырабатываются антитела к своим фосфолипидам?

Причин этой патологической выработки антител много. В этой связи все антифосфолипидные синдромы разделяют на *первичные* - когда причина неизвестна, *вторичные* - когда причина уточнена.

Вторичные антифосфолипидные синдромы наблюдаются у пациентов с ревматологической патологией (чаще при системных заболеваниях соединительной ткани, например, при системной красной волчанке). Кроме того, этим синдромом могут страдать онкологические пациенты, в том числе с заболеваниями крови, пациенты с генетическими нарушениями в строении мембран клеток. Встречаются и токсические вторичные антифосфолипидные синдромы в результате воздей-



ствия химических и физических факторов.

Поэтому врач-гематолог зачастую назначает **дополнительные обследования для выявления причин развившейся патологии.** Он может направить пациента к ревматологу, онкологу, генетику и другим.

Как врачи-ревматологи в своей практике мы нередко сталкиваемся с антифосфолипидным синдромом. Он может быть дебютом системной красной волчанки и других аутоиммунных заболеваний, но может и присоединиться к ним по истечении некоторого времени. Поэтому в реальной практике все пациенты с АФС консультируются врачом-ревматологом в поисках ревматологической патологии.

Методы лечения АФС

В настоящее время основу лечения составляют два направления:

- ▶ *устранение циркулирующих антител* из кровотока пациента,
- ▶ *контроль рисков тромбозов* лекарственными препаратами, делающими кровь менее свертываемой.

Кроме того, при уточнении причины развития АФС **проводится лечение основного заболевания**, например, системной красной волчанки, онкологического заболевания и других. В таком случае лечение пациента проводится содружественно врачами нескольких специальностей.

Фосфолипиды являются одним из самых распространенных строительных материалов всех органов нашего организма, поэтому АФС носит масштабный и тяжелый характер проявлений.





Светлана Игоревна МАЗЕПА,
ассистент кафедры
пропедевтики внутренних
болезней имени
профессора
З.С. Баркагана
ФГБОУ ВО «Алтайский
государственный
медицинский университет»
Минздрава России,
врач-эндокринолог КГБУЗ
«Краевая клиническая
больница»,



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,
кандидат медицинских
наук, врач-эндокринолог
высшей
квалификационной
категории, доцент
кафедры поликлинической
терапии ФГБОУ ВО
«Алтайский
государственный
медицинский университет»
Минздрава России

Про страхи при гестационном

Гестационный сахарный диабет - это заболевание, которое характеризуется повышением уровня глюкозы, впервые выявленным во время беременности. Диабет беременных встречается у 7% будущих мам и заканчивается вместе с окончанием беременности.

Причины диабета беременных?

Основной причиной развития гестационного диабета является *нечувствительность клеток к инсулину*, которая развивается во время беременности. Также *увеличивается уровень материнских* (кортизол, эстрогены, пролактин) *и фетоплацентарных* (плацентарный лактоген, прогестерон) *гормонов*. В совокупности эти факторы могут приводить к повышению сахара в крови и, как следствие, - к чрезмерному росту плода.

Нечувствительность клеток к инсулину (инсулинорезистентность) зачастую усугубляется *увеличением калорийности рациона беременной, снижением физической активности и прибавкой в весе*.

На наличие гестационного диабета будущие мамы реагируют по-разному. Вот что вспоминает одна из пациенток: *«Про гестационный сахарный диабет я узнала где-то в 12 недель беременности. Конечно, была в шоке. Я считала, что сахарный диабет - это всегда ожирение, болезнь на всю жизнь, и, в целом, страшно и ужасно. Акушер-гинеколог сразу отправил меня к эндокринологу. Помню, как зашла в кабинет и увидела плакаты о том, что «сахар - зло». Мне объяснили, что в диагнозе «ГСД» нет ничего страшного, просто за мной будут более пристально наблюдать. Врач рассказала, что можно есть, а что - нет. И так получилось, что всё, что я ем, оказалось под запретом: картофель - нельзя, макароны - нельзя, сладости - тоже нельзя. А что тогда мож-*

но? Я же не могу без сладкого, не могу не есть по ночам».

«Несахарная» жизнь

Изменение образа жизни играет важнейшую роль в лечении гестационного диабета. **Пациенткам необходимо придерживаться диеты в сочетании с контролем веса и физической активностью.** В 70-85% случаев соблюдение правил питания и режима нагрузок достаточно, чтобы нормализовать глюкозу крови без инсулина.

Очень важно контролировать сахар в крови с помощью глюкометра. Главная цель диеты и физической активности - **поддержание глюкозы крови** в пределах целевых значений: **от 3,3 до 5,1 ммоль/л натощак и до 7,0 ммоль/л через час после еды.**

Особый контроль за женщинами с гестационным сахарным диабетом - это не просто прихоть врачей. Диабет беременных сопряжен с определенными рисками для матери и ребенка. **Некомпенсированный гестационный сахарный диабет вызывает у малыша** изменение обмена веществ, повышение массы тела, уровня инсулина, приводит к незрелости центральной нервной системы и лёгочной системы. **Для матери** повышенный уровень гликемии опасен многоводием, родовым травматизмом, хирургическим вмешательством во время родов, а также повышенным риском развития сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний в будущем.

«Я сама гинеколог и о существовании гестационного диабета знала



Будущих мам и о питании сахарном диабете

еще до беременности, - рассказывает другая пациентка. - Так что диагноз меня не напугал и не расстроил. Я прекрасно осознавала, что и почему мне нужно делать. Отказаться от сладкого за один день - крайне сложно. Но я понимала возможные риски и последствия для меня и малыша, и забота о нашем здоровье меня мотивировала. Через месяц ограниченный решила немного побаловать себя, и очень удивилась, когда любимый шоколад показался настолько сладким, что я не смогла его есть».

Правила питания: углеводы

Высокий сахар после еды, в первую очередь, зависит от углеводов. Их переваривание и всасывание вызывает подъем уровня глюкозы крови. В связи с этим беременным необходимо следить за количеством и качеством этого макронутриента.

Для достаточного обеспечения потребностей матери и плода и профилактики осложнений беременным с гестационным сахарным диабетом **рекомендуется употреблять 175г углеводов в сутки или не менее 40% от расчетной суточной калорийности рациона.**

Лучше выбирать углеводы, которые преимущественно состоят из крахмалистых продуктов с низким гликемическим индексом и содержат

Не рекомендованные продукты с высоким гликемическим индексом:

- **овощи:** картофель, тыква, вареные или тушеные свекла и морковь, консервированный горох, кукуруза;
- **фрукты:** виноград, бананы, хурма, черешня, арбуз, дыня;
- **каши:** просо, пшеничная, манная, пшено, рис.



клетчатку: цельнозерновые продукты (хлеб из муки грубого помола, каши из цельного зерна, бурый рис, макароны из твердых сортов пшеницы), овощи, бобовые, фрукты (черника, вишня, малина, крыжовник, смородина, киви, слива, груша, нектарин, персик, зеленые яблоки, цитрусовые). Однако **фрукты, которые значительно поднимают сахар в крови, стоит исключить** - это виноград, черешня, хурма, бананы. В небольших количествах можно кушать арбуз и дыню. В целом **не стоит употреблять легкоусвояемые углеводы и углеводы с высоким гликемическим индексом** (белый хлеб, белый рис, сахар, сладости, выпечка и т.п.). В качестве сахарозаменителя могут быть использованы разрешенные во время беременности сукралоза, стевиазит.

Продукты, содержащие углеводы, стоит распределить на три основных и два-три дополнительных приема. Это необходимо, чтобы избежать чрезмерного потребления пищи в одно время и таким образом снизить уровень глюкозы в крови после еды. При этом **каждый прием пищи должен содержать медленноусвояемые**

Нечувствительность клеток к инсулину зачастую усугубляется увеличением калорийности рациона беременной, снижением физической активности и прибавкой в весе.



Лучше выбирать углеводы, которые преимущественно состоят из крахмалистых продуктов с низким гликемическим индексом и содержат клетчатку.

углеводы, белок, моно- и полиненасыщенные жиры, пищевые волокна (клетчатки в сутки должно быть не менее 28 граммов). Их можно набрать, употребляя в пищу разрешенные овощи, фрукты, листовые салаты, злаковые и отруби. Например, употреблять 600г фруктов и овощей в день (как минимум, 300г из них - овощи), уделять особое внимание грубым и волокнистым овощам, выбирать хлеб из непросеянной муки, макаронные изделия из твердых сортов пшеницы и бурый рис.

Распределение содержания углеводов в течение дня может выглядеть так: завтрак - 15-30г, второй завтрак - 15-30г, обед - 30-60г, полдник - 15-45г, ужин - 30-60г, второй ужин - 10-15г. Итого, в среднем 150-175г углеводов в сутки.

Перерыв между приемами пищи - 2,5-3 часа. Между вторым ужином и завтраком должно проходить не более 10 часов.

Кроме того, для профилактики кетонурии и кетонемии, а также повышенного уровня глюкозы натощак рекомендуется дополнительно употреблять 12-15г углеводов перед сном.

Правила питания: белки и жиры

Во время беременности в организме активно идет образование новых тканей: у будущей мамы увеличивается количество крови, изменяются раз-

Обязательные правила диетотерапии при беременности и сахарном диабете

► **Перерыв между приемами пищи** должен быть 2,5-3 часа.

► **Молочные и фруктовые углеводы** должны быть отдельной едой.

► **Не употреблять фрукты и молочные продукты на завтрак** (опыт показывает, что у ряда беременных эти продукты с утра повышают гликемию).

► Между последним приемом пищи вечером и первым приемом пищи на следующий день **не должно быть перерыва более 10 часов**, чтобы избежать «голодного ацетона».

меры матки и груди, также происходит рост ребенка и плаценты. В связи с этим возрастает потребность в белке. Согласно различным рекомендациям, это **10-35% суточного рациона, но не менее 71г в день**. Продукты, богатые белком, должны содержаться в каждом основном приеме пищи. Это могут быть - нежирная говядина, птица, рыба, обезжиренный творог, молоко, кефир, нежирный белый сыр, яйца.

Чрезмерного потребления жиров следует избегать. Жир является самым калорийным продуктом питания, приводит к значительной прибавке в весе и избыточному росту плода. Рекомендуется уменьшить количество растительного и оливкового масла, убирать видимый жир и кожу с птицы, сало с мяса. Также необходимо исключить колбасы, сосиски, сардельки, копченое мясо и рыбу, бекон, свинину, баранину, выбирать постное мясо (курица, индейка, кролик), рыбу. Что касается молочных продуктов, лучше отдавать предпочтение изделиям с низким содержанием жира.

Если еще до беременности у женщины было ожирение по индексу массы тела или за время вынашивания будущая мама чрезмерно прибавила в весе, рекомендуется ограничить калорийность питания, но не менее 1800ккал в сутки.





Примерное ежедневное меню

Варианты завтрака:

- ▶ сыр 50г + хлеб с отрубями или хлебцы;
 - ▶ творог 150-200г + ягоды 100г;
 - ▶ яйца 2 куриных или 6 перепелиных (2-3 раза в неделю) + хлеб грубого помола или 3-4 хлебца;
 - ▶ сыр + овощи + хлеб грубого помола или 3-4 хлебца;
 - ▶ соленая рыба + овощи + хлеб грубого помола или 3-4 хлебца;
 - ▶ овсяная или гречневая каша (не быстрого приготовления!) не более 4ст.л.
- ИТОГО = 2 хлебные единицы (ХЕ).**

Варианты второго завтрака:

- ▶ фрукты с низким гликемическим индексом или сухофрукты - сушеные яблоки и груши (но не курага и чернослив!) - 50г;
 - ▶ орехи - маленькая горсточка;
 - ▶ ягода - 150-200г
- ИТОГО = 1-2 ХЕ.**



Варианты обеда:

- ◆ За 30 минут до обеда обязательно выпить стакан негазированной воды!
- ◆ Перед обедом съешьте салат из свежих овощей. Если есть время - после приема салата подождите 30 минут до основного приема пищи.



- ▶ суп овощной + птица, или потроха, или мясо (говядина, кролик);
 - ▶ суп овощной + рыба или морепродукты + овощи вареные, или тушеные, или гриль;
 - ▶ борщ, рассольник или куриный суп (все первые блюда должны быть приготовлены на втором бульоне!);
 - ▶ гарнир из круп с низким или средним гликемическим индексом, но не более 4ст.л.;
 - ▶ винегрет, салат «Оливье» или «под шубой» - 4ст.л. вместо гарнира + хлеб грубого помола или 2-3 хлебца;
- ИТОГО = 4 ХЕ.**

Варианты полдника:

- ▶ Любые разрешенные продукты в количестве **1-2 ХЕ.**

Варианты ужина:

- ◆ За 30 минут до обеда обязательно выпить стакан негазированной воды!
- ◆ Перед обедом съешьте салат из свежих овощей. Если есть время - после приема салата подождите 30 минут до основного приема пищи.

- ▶ тушеные овощи (за исключением моркови, свеклы, картофеля);
 - ▶ макароны из твердых сортов пшеницы;
 - ▶ каша;
 - ▶ бобовые (фасоль, горох, чечевица);
 - ▶ птица (потроха), говядина;
- ИТОГО = 3-4 ХЕ.**

Варианты второго ужина:

- ▶ Любые разрешенные продукты в количестве 1 ХЕ (фрукты, ягоды, кисломолочные продукты).
- ИТОГО = 1 ХЕ.**



Про физическую активность

Хорошо известно, что у беременных физическая активность повышает чувствительность клеток к инсулину. Однако лишь немногие ученые исследовали влияние физической активности на уровень глюкозы в крови матери и гликемический контроль при диабете беременных.

Для нормализации сахара в крови женщинам с гестационным сахарным диабетом рекомендована **посильная аэробная физическая нагрузка не менее 150 минут в неделю**: ежедневная ходьба после еды по 10-15 минут и перед сном. При отсутствии противопоказаний объем активности может быть увеличен до 270 минут в неделю. Лучше, если нагрузка будет равномерной - 25-35 минут в день.

Предпочтительными для беременных являются прогулки, скандинавская ходьба, плавание в бассейне, беговые лыжи, велотренажер, йога или пилатес для

будущих мам (с исключением упражнений, затрудняющих венозный возврат к сердцу), силовые тренировки, направленные на укрепление мышц корпуса и конечностей.

При недомогании необходимо сразу прекратить нагрузку!

Противопоказаны травмоопасные виды активности (катание на горных лыжах, сноуборде, роликовых коньках, водных лыжах, серфинг, езда на велосипеде по бездорожью, гимнастика и катание на лошадях), контактные и игровые виды спорта (например, хоккей, бокс, единоборства, футбол и баскетбол, теннис), прыжки, подводное плавание с аквалангом.

Когда диабет беременных в помощь

Американская диабетическая ассоциация рекомендует, чтобы женщины с гестационным сахарным диабетом получали индивидуальный план питания как часть лечебной диетотерапии. Корректировка плана должна быть непрерывной и основываться на самоконтроле уров-

ня глюкозы, аппетита и прибавки в весе, а также на учете диетических предпочтений матери, работы, отдыха и физических упражнений.

Далеко не все мамы вспоминают про диабет беременных, как про период лишений и ограничений. Вот что рассказывает пациентка: «Я ответственно наблюдалась у эндокринолога и строго соблюдала диету, практически не позволяла себе сладкого. А если вдруг расслабилась, сразу шла гулять. Всю беременность вела дневник гликемии, иногда даже просыпалась ночью, чтобы измерить уровень глюкозы. Со временем я поняла, как мой организм реагирует на ту или иную пищу. К счастью, значения сахара были не очень высокие, и я обошлась без инсулина. Конечно, сложнее всего было не есть сладкое. Зато я ела много овощей и фруктов, и эта привычка осталась со мной и сейчас. А вообще, я так боялась набрать слишком много килограммов за беременность, что гестационный сахарный диабет оказался только в помощь! Ищите во всем только плюсы! Я сама так делаю и вам рекомендую». ☺

Обязательные помощники

Таблица ХЕ

Фрукты и ягоды	
Ананас	1 ломтик (90 г)
Абрикос	3 средних (100 г)
Арбуз	400 г с кожурой
Апельсин	1 средний (170 г)
Банан	Половина крупного плода (90 г)
Виноград	3—4 крупные ягоды
Вишня, черешня	15 крупных (100 г) или 1 блюдо
Гранат	1 крупный (200 г)
Грейпфрут	Половина плода (170 г)
Груша	1 средняя (90 г)
Дыня	300 г с кожурой
Инжир	80 г
Клубника	1 блюдо (150 г)
Киви	150 г
Манго	80 г
Мандарины	3 мелких (170 г)
Персик	1 средний (120 г)
Сливы	3—4 средние (80—100 г)
Хурма	1 средняя (80 г)
Яблоко	1 среднее (100 г)

Кухонные весы





Выкидыш позднего срока: как жить дальше?



**Анастасия Евгеньевна
ЧЕРНОВА,**

врач-акушер-гинеколог
КГБУЗ «Родильный дом №2,
г.Барнаул», аспирант
кафедры акушерства и
гинекологии с курсом
ДПО ФГБОУ ВО
«Алтайский
государственный
медицинский университет»
Минздрава России

Каждая женщина мечтает ощутить радость материнства. Многим это дается непросто, и будущая мама вместе со своей семьей и близкими преодолевает трудности еще на пути к наступлению беременности. Но вот однажды за заветными «двумя полосками» в жизнь женщины приходит самая крепкая связь и чистая любовь - к будущему малышу.

Кажется, что ничего не может нарушить эти связующие ниточки между двумя сердцами, любые неприятности в течение беременности воспринимаются с большим беспокойством. И, безусловно, неблагоприятный исход беременности влечет за собой тяжелую психологическую травму для женщины, усугубляет нарушения ее репродуктивного здоровья и является ведущей медико-социальной проблемой.

Ежегодно в мире **10-20%** всех подтвержденных беременностей завершаются самопроизвольным абортом, **20%** из которых прерываются в поздних сроках более 12 недель гестации. За 2020 год общее число самопроизвольных прерываний беременности в России составило **более 86 тысяч случаев**.

Особого внимания заслуживают *эпизоды самопроизвольного прерывания беременности (выкидыша) в поздние сроки* (более 12 недель гестации), поскольку *связаны* они, как правило, с *восходящим инфекционным поражением полости матки, нарушением морфологического и функционального состояния эндометрия*, что является «отправной точкой» репродуктивных нарушений в будущем.

Проблема самопроизвольных поздних выкидышей остро ощущается в практической работе врачей, поскольку отсутствуют общепринятые подходы к ведению данной группы пациентов на этапе реабилитации и прегравидарной подготовки к последующей беременности, которые обеспечивали бы ее благоприятный исход. Пациентка на момент выписки из стационара полу-

чает стандартные не персонализированные рекомендации, которые слабо реализуются на амбулаторном этапе. В совокупности с подавленным ее психо-эмоциональным состоянием это может приводить к повторным эпизодам прерывания беременности и, как следствие, - привычному невынашиванию. Всё это снижает репродуктивный потенциал женщин детородного возраста и формирует негативные демографические показатели в стране.

Именно поэтому крайне важно в случае самопроизвольного позднего выкидыша уделить особое внимание не только корректному лечению на стационарном этапе, но и адекватному объему реабилитационных мероприятий.

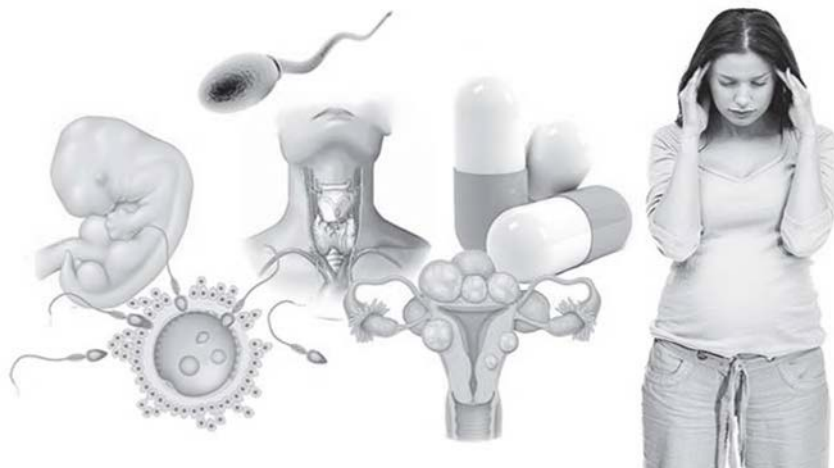
У женщин после самопроизвольного прерывания беременности при обследовании зачастую обнаруживаются *вирусные* (цитомегаловирус, герпес, ВПЧ, парвовирус, вирус краснухи, вирус иммунодефицита человека) *и другие инфекции* (анаэробы, микоплазмы, хламидии, уреаплазмы, листерии) *половых путей*, а при гистологическом исследовании abortивного материала выявляются *неспецифические признаки восходящего инфекционного поражения полости матки*. Это обуславливает при прегравидарной подготовке **целесообразность амбулаторного расширенного обследования на инфекции половых путей семейной пары** с прицельной коррекцией выявленных инфекционных процессов. Обследование проводится методом ПЦР - полимеразной цепной реак-



ции, которая позволяет добиться значительного увеличения и, соответственно, выявления даже малых концентраций фрагментов генома возбудителей. По показаниям возможна консультация врача-инфекциониста с целью подбора терапии, например при выявлении цитомегаловирусной или герпетической инфекции.

Относительно лабораторных методов обследования следует обратить внимание не только на инфекционный, но и **общесоматический статус**. Согласно клиническим протоколам, всем пациенткам в прекоцепционном периоде рекомендуется *оценивать клинический анализ крови, уровень глюкозы венозной крови, общий анализ мочи*, а пациенткам из групп риска по железодефициту - *уровень сывороточного железа, ферритина, трансферрина, насыщения трансферрина железом*. Назначения указанных обследований и коррекцию по их результатам проводит врач-акушер-гинеколог амбулаторного звена. Соответственно, исходя из анамнеза пациентки и по результатам обследований, делается вывод о необходимости дотации микроэлементов. Обязательно назначение *фолатов 400-800мкг/сут*, в йоддефицитных регионах (в том числе и в Алтайском крае) необходим прием *препаратов йода - 250мкг/сут*, желателен назначение *витамина D в дозе 600-800мкг/сут* и *полиненасыщенных жирных кислот 200-300мг/сут*. Решение о необходимости дотации железа принимает врач, учитывая результаты лабораторных анализов на предмет латентного железодефицита.

Кроме выяснения и коррекции инфекционного статуса обязательным компонентом подготовки к беременности являются **реабилитационные мероприятия, которые направлены на восстановление структуры и функционального состояния эндометрия**. К таким процедурам относится широкий спектр физиотерапевтических методик. Физиолечение целесообразно начинать на 5-7-й день менструального цикла. Начало лечения в более позднем периоде может спровоцировать ациклические кровянистые выделения, овуляторный болевой синдром. Лечение всегда проводится на фоне адекватной контрацепции (предпочтитель-



но барьерной). Продолжительность лечения колеблется от 10 до 15 лечебных дней. Длительность периода последействия составляет от 2 недель до 2-4 месяцев при использовании аппаратной физиотерапии и 4-9 месяцев - при бальнео- и пелоидотерапии. В этот период рекомендована контрацепция (предпочтительно барьерная), лечебные эффекты от проведенных методик закрепляются, после чего возможно планирование беременности совместно с врачом амбулаторно.

Существует *широкий спектр методик физиолечения*, применяемых в рамках реабилитации после прерывания беременности, в том числе преформированных физических факторов (магнитотерапия, инфракрасная лазеротерапия, интерференцтерапия), а также природных физических факторов (пелоидотерапия, бальнеотерапия). Режимы и продолжительность назначаются врачом-физиотерапевтом индивидуально.

Хороший клинический эффект дают реабилитационные мероприятия на санаторно-курортном этапе, где к лечебному воздействию физиометодик присоединяется климатотерапия, благоприятное влияние воздуха, насыщенного легкими аэроионами и летучими фракциями фитонцидов.

В Алтайском крае **санаторно-курортное лечение** широко доступно и располагает обширным спектром природных физических лечебных факторов, которые применяются, в том числе, и в рамках реабилитации после самопроизвольного прерывания беременности. К наиболее эффективным методикам относятся пелоидотерапия и

При прегравидарной подготовке целесообразно амбулаторное расширенное обследование на инфекции половых путей семейной пары с прицельной коррекцией выявленных инфекционных процессов. Обследование проводится методом ПЦР, что позволяет добиться значительного увеличения и выявления даже малых концентраций фрагментов генома возбудителей.





Старость в радость

**Как предотвратить снижение когнитивных функций
и сохранить умственную деятельность мозга.**

К основным когнитивным функциям относятся:

● **речь** - форма общения людей с использованием слов, звуков. Один из видов коммуникативной деятельности;

● **восприятие** - способность воспринимать и распознавать информацию, поступающую от органов чувств. Во время восприятия объединяются отдельные ощущения в единые образы вещей и окружающих явлений;

● **внимание** - способность поддерживать требуемый для умственной работы уровень психической активности и фокусировать психическую деятельность на актуальной задаче;

● **память** - способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить получаемую в течение жизни информацию;

● **интеллект** - мыслительная способность действовать с поступившей информацией (производить анализ, разбирать, сравнивать, давать оценку, применять для определения поставленных вопросов и целей);

● **праксис** - способность приобретать, сохранять или использовать различные двигательные навыки.

Когнитивные расстройства - это снижение всех когнитивных процессов, описанных выше, в сравнении индивидуальным начальным показателем.

Симптомы когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста

В процессе естественного старения, в первую очередь, страдает когнитивный процесс, как «запоминание свежей информации и вновь приобретенных навыков».

Чаще это наблюдается у пожилых людей и выражается в «привычности», приверженности к знакомым предметам и средствам общения, сложностях овладения новых достижений.

Как правило, проблему начинают видеть не только родственники, но и

сам человек замечает свои сложности с запоминанием: в раннем периоде жалобы проявляются в забывчивости (имени, отчества, наименования), рассеянности, сложности в подборе слов. Людям старшего поколения бывает тяжело освоить современный телефон, смартфон, новейшую программу и т.п. Со стороны можно наблюдать сокращение общения и интересов, нежелание смотреть и понимать новые фильмы, спектакли, концерты. Беспокойным симптомом может быть сложность постижения незнакомого маршрута, ориентации в новом неизвестном месте. По мере развития когнитивного нарушения теряется и самокритика человека.

Распространенные симптомы проблем с когнитивными функциями:

- ▶ ухудшение концентрации внимания;
- ▶ повышенная тревожность;
- ▶ возникновение сложности в выполнении интеллектуального труда;
- ▶ регулярные слабость и головокружение;
- ▶ утрата воспоминаний о важных событиях прошлого;
- ▶ неспособность усвоить новый материал, проанализировать данные;



Ирина Юрьевна КЛУС,
старшая медицинская сестра гериатрического центра КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», член ПАСМР с 2000 года



Советы медицинской сестры

▶ рассеянность, мелкая забывчивость, страдает кратковременная память;

▶ сокращение словарного запаса, регулярно забываются слова, профессиональные термины;

▶ вспышки раздражительности и дурного настроения из-за проблем, связанных с интеллектуальной деятельностью.

При выявлении когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста необходимо обратиться к врачу-гериатру, который проведет комплексную гериатрическую оценку, разработает план лечения и наблюдения, даст рекомендации по организации безопасного быта, организации питания, физической активности.

Во время беседы с пациентом проводится сбор анамнеза и жалоб. Врач также может поговорить и с его близкими, чтобы выявить спектр отклонений, которые сам пациент может не замечать.

Лечение

Медикаментозная терапия. Используются лекарства, действующие на причину нарушений и корректирующие интеллектуальную деятельность.

Процедуры психокоррекции. Работа с консультантами, обучение и выполнение специальных упражнений.

Физиотерапевтические методики, направленные на восстановление функциональной активности нейронов.

Профилактика

Чтобы избежать когнитивного снижения уровня жизни или замедлить прогрессивное ухудшение состояния, важно регулярно проводить профилактику.

Для этого тренируйте память и другие функции мозга, ежедневно давайте нагрузку на интеллект.

Ведите подвижный образ жизни, включающий в себя адекватные физические нагрузки.

Откажитесь от алкоголя и курения, негативно влияющих на состояние головного мозга.

Нормализуйте питание, меньше сладкой и жирной пищи, замените ее овощами, фруктами, крупами.



Как укрепить память без лекарств

Укрепить память помогут простые упражнения.

Считайте от 1 до 100, а затем ведите обратный счет.

Повторяйте таблицу умножения.

Складывайте и умножайте в уме числа.

На каждую букву алфавита назовите какое-либо слово или имя.

Запоминайте иностранные слова.

Напишите список нужных продуктов, уберите перечень в карман и постарайтесь купить товары по памяти.

В магазине считайте в уме сумму товара и полагающуюся сдачу.

Каждый вечер перед сном вспомните прошедший день, повторяя все события, имена и фамилии людей, с которыми вы встречались. Из опыта древних греков: ложась спать, они вспоминали весь день подробно - с момента пробуждения до момента сна.

Общие рекомендации

◆ Получайте больше новых впечатлений, знакомьтесь с искусством, посещайте художественные выставки, музеи, концерты, театры.

◆ Соблюдайте правильный режим дня, высыпайтесь.

◆ Занимайтесь физической культурой, спортом, делайте зарядку, гуляйте на свежем воздухе.

◆ Учите наизусть стихи, песни, прозу.

◆ Разгадывайте кроссворды и играйте в логические игры.

◆ Старайтесь запоминать телефонные номера своих друзей и близких.

◆ Начните осваивать какое-либо занятие, тщательно собирайте и изучайте всю информацию о нем. 🧠

Когнитивные расстройства - это снижение всех когнитивных процессов в сравнении индивидуальным начальным показателем.



Чтобы ребенок родился здоровым

Гестационный сахарный диабет - это нарушение углеводного обмена, которое развивается во время беременности и характеризуется повышением уровня глюкозы в крови (гипергликемией).

В последние годы распространенность гестационного сахарного диабета во всем мире неуклонно растет. **Причиной** тому является избыточная масса тела женщины, ожирение, потребление большого количества углеводов, транс-жиров, значительное снижение физической активности.

В чем опасность для плода

Гестационный сахарный диабет может спровоцировать неблагоприятные последствия как для матери, так и для плода. Поэтому не обращать внимания на повышенный уровень глюкозы в крови не стоит.

Своевременно недиагностированная или нелеченная гипергликемия может привести к **диабетической фетопатии плода**. Наиболее частым симптомом диабетической фетопатии является макросомия плода. У него увеличиваются размеры сердца, печени, происходит избыточное отложение подкожного жира. Крупные органы плода даже при доношенной беременности могут быть незрелыми, неспособными полноценно функционировать. Большой вес и диспропорции его тела могут стать причиной травматизации матери и его самого во время родов.

...и для матери

К осложнениям гестационного сахарного диабета со стороны матери можно отнести более частое развитие преэклампсии, в долгосрочной перспективе - сахарный диабет 2 типа, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания.

Пациенты с гестационным сахарным диабетом требуют квалифицированной

медицинской помощи, что позволит своевременно назначить необходимую диетотерапию, медикаментозное лечение (инсулинотерапию) для сохранения здоровья женщины и рождения здорового малыша.

Есть решение!

Проанализировав рост распространенности сахарного диабета в Алтайском крае, руководство краевого перинатального центра «ДАР» инициировало **открытие** уникального в своем роде **отделения патологии беременности, которое специализируется на коррекции углеводного обмена у пациенток с сахарным диабетом**. В отделении работают опытные врачи-акушеры-гинекологи, врачи-эндокринологи, акушерки. Внедренная в работу система непрерывного мони-



Елена Ивановна ЧЕРНЫШЕВА,
старшая акушерка
акушерского отделения
патологии беременности,
КГБУЗ «Алтайский
краевой клинический
перинатальный
центр «ДАР»»,
член ПАСМР с 2017 года



Советы медицинской сестры

▶ торирования глюкозы в режиме реального времени позволяет получить полную картину состояния углеводного обмена и в более короткие сроки нормализовать уровень гликемии у пациенток с сахарным диабетом. Эта система оповещает пациентку о тенденции снижения или повышения уровня гликемии, что позволяет здесь и сейчас принять решение о необходимости коррекции уровня глюкозы.

Диетотерапия при ГСД

Пациенткам не следует забывать, что первой ступенью к нормализации уровня глюкозы в крови при гестационном сахарном диабете является **диетотерапия**.

Беременная женщина не должна голодать или получать питательные вещества только из одного вида продукта, поскольку ее организм должен поставлять плоду необходимые вещества для его роста и развития. Каждый прием пищи беременной женщины должен содержать медленноусвояемые углеводы, белок, моно- и полиненасыщенные жиры, пищевые волокна. Транс-жиры необходимо полностью исключить из пищевого рациона.

Пациентки отделения патологии беременности в нашем центре получают сбалансированное лечебное питание в соответствии с лечебными столами.

Физическая активность при ГСД

Положительное влияние на течение гестационного сахарного диабета оказывает **физическая активность**.

Соблюдение рекомендаций по двигательному режиму и ежедневные физические упражнения, в отсутствие противопоказаний, помогут сохранить хорошее самочувствие, поддержать мышечный тонус, улучшить циркуляцию крови. Кроме того, физические упражнения помогают преодолеть резистентность к инсулину, заставляя мышечные клетки утилизировать глюкозу.

Находясь в условиях стационара, пациентки зачастую не имеют возможности проявить должную физическую



активность. Учитывая необходимость физической активности пациенток с сахарным диабетом, в нашем перинатальном центре регулярно проводятся занятия по лечебной физкультуре. Инструктор ЛФК использует персонализированный подход к пациенткам, учитывая срок беременности, физические возможности, медицинские противопоказания. Подобные занятия по лечебной физкультуре имеют положительный отклик со стороны наших пациенток.

Врачи и акушерки отделения в плановом порядке проводят санитарно-просветительную работу в виде бесед, акцентируя внимание пациенток на самоконтроль. В беседе в доступной форме поясняют каждой пациентке насколько важно и как правильно вести пищевой дневник, контролировать уровень сахара в крови, артериальное давление, вес, общее самочувствие. В каждой палате отделения в свободном доступе есть «информационная папка пациентки», которая содержит в себе разделы по питанию беременных, физической активности, план курсов подготовки к родам по разделам.

Будьте здоровы! 🍀

Причиной распространности гестационного сахарного диабета является избыточная масса тела женщин, ожирение, потребление большого количества углеводов, транс-жиров, значительное снижение физической активности.

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

На правах рекламы

ЗДОРОВЬЕ АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ



Школа нейрогенного мочевого пузыря

Карима Рахматулловна ФРОЛКОВА,
врач-детский уролог-андролог,

Илья Сергеевич ПОПОВ,
кандидат медицинских наук, врач-детский уролог-андролог, нейроуролог, высшая квалификационная категория,

Александр Викторович Киптилов,
главный внештатный детский специалист уролог министерства здравоохранения Алтайского края, кандидат медицинских наук, заведующий уроандрологическим отделением для детей, врач-детский уролог-андролог, высшая квалификационная категория,

- КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»

Что такое нейрогенный мочевой пузырь - это расстройство наполнения и опорожнения мочевого пузыря, возникающее в результате нарушения регуляции и механизмов нервной системы. Расстройство может проявляться редкими или, наоборот, слишком частыми мочеиспусканиями, недержанием или задержкой мочи. Сегодня эта патология широко распространена и отмечается у 10% детей. Среди больных нефрологического и урологического профиля она достигает 60-75%.

Этиологические факторы нейрогенных расстройств разнообразны. Они могут быть вызваны пороками развития и заболеваниями органов мочевой системы, но самыми частыми причинами является **патология нервной системы с поражением структур, регулирующих мочеиспускание**. Важно понимать, что **такой нейрогенный мочевой пузырь может представлять угрозу для ребенка**, риск снижения или утраты функции почки. Расстройство доставляет неприятные ощущения и неудобства, ухудшая качество жизни ребенка и его семьи. Возможно появление проблем в общении со сверстниками. Заболевание требует проведения соответствующего лече-

ния, которое подразумевает комплексный подход.

Варианты нейрогенной дисфункции

Выделяют два принципиальных варианта нейрогенной дисфункции мочевого пузыря.

Гиперрефлекторный тип. В клинической картине отмечается учащенное мочеиспускание, повелительные позывы, императивное недержание мочи, ночной энурез неоднократно за ночь. Могут наблюдаться патологические позы для купирования императивных позывов (сжатие головки полового члена руками, реверанс Винцета, сведение бедер). Недержание мочи может происходить в результате резкого повышения внутрибрюшного давления, например, при кашле, смехе, физической нагрузке.

Гипорефлекторный тип. Клиническая картина носит противоположный характер: редкие мочеиспускания, ослабление или отсутствие позыва на мочеиспускание, нарушение струи мочи, большой объем мочи за мочеиспускание, возможно недержание мочи по типу *ischuria paradoxa* (парадоксальное недержание мочи) - постоянное выделение мочи по каплям при полном мочевом пузыре.

В зависимости от адаптации детрузора к нарастающему объему мочи выделяют **адаптированный** и **неадаптированный мочевой пузырь**.



Что должно стать поводом для обращения к специалисту

Если к трем годам жизни режим мочеиспускания в дневное и ночное время у ребенка не установился, а мочевой пузырь опорожняется произвольно, независимо от наполненности, либо имеется один или сочетанные нескольких нижеперечисленных симптомов, родителям следует насторожиться, а ребенка показать врачу!

- Частые позывы к мочеиспусканию. Дети посещают туалет более 9 раз за день.
- У ребенка сильное внезапное и непреодолимое желание помочиться.
- Выделение мочи незначительными (малыми) порциями.
- Ночной энурез, который при стрессовом состоянии проявляется и на протяжении дня.
- Неудержание мочи, подтекание мочи по типу «мокрых плавочек», а иногда и брюк.
- Редкое проявление позывов к мочеиспусканию. Дети посещают туалет не более 3 раз за день.
- Выделяется большой объем мочи.
- Процесс мочеиспускания длится в течение продолжительного времени.
- После посещения туалетной комнаты отсутствует ощущение полного опорожнения.
- После мочеиспускания в органе остается большое количество мочи.
- Если ваш ребенок развивается и начинает рецидивировать инфекции мочевыводящих путей, запоры или поведение, предполагающее задержку мочи и, конечно, ночной энурез.



К какому специалисту обращаться?

Первично с жалобами на проблемы с мочеиспусканием можно обратиться к педиатру, который назначит базовое обследование и направит к профильному специалисту - детскому урологу-андрологу.

Часто дети с вышеперечисленными жалобами попадают к неврологу, который может оценить проблему и назначить терапию, либо направит к нефрологу или детскому урологу-андрологу.

К сожалению, довольно часто дети получают недостаточно эффективное лечение, в виду сложности диагностики данной патологии и родители «опускают руки», не добившись адекватного результата.

На базе детского консультативно-диагностического центра Алтайского краевого центра охраны материнства и детства функционирует

Показатели варьирования количества мочи и частоты мочеиспускания у детей

(по А.В. Папаяну и Н.Д. Савенковой, 1997г.).

Возраст	Суточное количество мочи, в мл	Количество мочеиспусканий за сутки	Разовое количество мочи, мл
До 6 месяцев	300-500	20-25	20-35
1-3 года	760-820	10-12	60-90
3-5 лет	900-1070	7-9	70-90
5-7 лет	1070-1300	7-9	100-150
7-9 лет	1240-1520	7-8	145-190
9-11 лет	1520-1670	6-7	220-260
11-13 лет и старше	1600-1900	6-7	250-270



Кроме медикаментозного лечения рекомендуется нормализовать режим сна, контролировать процесс мочеиспускания, наладить питьевой режим, исключить активное времяпровождение по вечерам.

консультативный прием детского уролога-андролога. Здесь маленькие пациенты могут получить консультацию, если по месту жительства отсутствует профильный специалист.

В перечень **обследования** входит тщательный сбор анамнеза (часто многие важные моменты выясняются только при беседе), проведение дополнительных методов обследования, заполнение дневника мочеиспускания, общий анализ мочи, анализ мочи по Ничипоренко, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, посев мочи на грибы, УЗИ почек и мочевыводящих путей с определением остаточной мочи, обзорная рентгенография поясничного и крестцово-копчикового отдела позвоночника, урофлоуметрия с электромиографией.

Детские урологи-андрологи нашего консультативного центра обладают возможностями и условиями самостоятельного проведения УЗИ мочевыделительной системы и первичного нейроурологического исследования (урофлоуметрии с электромиографией), что значительно увеличивает эффективность диагностики этой патологии и является зарокотом назначения эффективного лечения.

Хотим отметить специфику наших пациентов, большинство из которых проживают за пределами

города Барнаула и не имеют возможности многократного посещения поликлиники в течение нескольких дней. В этом случае специалистами принимается решение обследования на базе уроandroлогического отделения АККЦОМД с выделением койки круглосуточного пребывания. Таким образом происходит оказание не только специализированного, но и индивидуального подхода к проблеме каждого обратившегося ребенка.

При получении результатов обследования формируется первичная картина имеющейся патологии и принимается решение о необходимости стационарного обследования в уроandroлогическом отделении для детей АККЦОМД на базе круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара.

В отделении проводится дальнейшее обследование ребенка с целью определения тактики лечения. Уроandroлогическое отделение развернуто на 30 койках круглосуточного стационара, где работают врачи-детские урологи-андрологи и нейроурологи. По необходимости проводятся:

- *рентгенологические исследования* (внутривенная урография, микционная цистография) позволяющие получить информацию о выделительной функции почек, анатомических особенностях мочевыделительной системы и исключить наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса, играющего важную роль в прогнозе и тактике лечения;

- *уретроцистоскопия* под наркозом с целью определения состояния уретры и мочевого пузыря на предмет воспалительных изменений и анатомических особенностей;

- *комплексное уродинамическое исследование* - одно из эффективных обследований в урологии. Его цель - определение функционального состояния мочевого пузыря и мочеиспускательного канала в фазе накопления мочи, ее сохранения и опорожнения. В ходе обследования процесс накопления и выведения мочи моделируется и воспроизводится, что дает возможность оценить функцию мочеиспускания.





скрытое недержание мочи, определить гиперактивность мочевого пузыря, степень обструкции мочеиспускательных путей, что необходимо для прогнозирования результата лечения. С помощью уродинамического исследования можно определить возможность назначения медикаментов или целесообразность хирургической коррекции.

Лечение

Лечение нейрогенного мочевого пузыря представляет собой сложную задачу, которая требует совместных усилий детских урологов, нейроурологов, нефрологов, реабилитологов и родителей с проведением комплекса дифференцированных корригирующих мероприятий.

Назначение лекарственных средств предусматривает оказание определенного влияния на патогенез нейрогенного мочевого пузыря, его отдельные звенья с получением в определенном проценте случаев положительного клинического эффекта. Это касается восстановления детрузорно-сфинктерных отношений, резервуарных функций мочевого пузыря и управляемого мочеиспускания.

Рекомендуется нормализовать режим сна, контролировать процесс мочеиспускания, наладить питьевой режим, исключить активное времяпровождение по вечерам.

Одновременно с консервативной терапией назначаются физиопроцедуры.

При выявлении органической патологии мочевого пузыря, уретры проводится **оперативное вмешательство.**

Нейрогенный мочевой пузырь - серьезная проблема, которая при своевременном обращении устраняется консервативной терапией и самоконтролем. ☺

Алтайский краевой центр охраны материнства и детства - единственное учреждение педиатрического профиля в регионе, оснащенное оборудованием для проведения **комплексного уродинамического исследования (КУДИ), которое включает в себя следующие виды диагностики:**

- ▶ цистометрия,
- ▶ урофлоуметрия,
- ▶ исследование объема остаточной мочи,
- ▶ метод «давление - поток»,
- ▶ УЗИ мочевого пузыря,
- ▶ стресс-тест мочевого пузыря,
- ▶ электромиография мышц тазового дна.

В современной урологии нет более точного метода диагностики, чем КУДИ, который бы позволил с высокой достоверностью установить причины нарушений мочеиспускания. Уже в ходе диагностики можно сформировать ожидания больного, продемонстрировав, как будет осуществляться процесс мочеиспускания после лечения. Для пациентов эта методика дает возможность обнаружить



ЭТО интересно

Сибирские жгуты и повязки

В Федеральном исследовательском центре фундаментальной и трансляционной медицины (ФИЦ ФТМ) разработали кровоостанавливающие жгуты и повязки, которые заменят западные медицинские изделия.

Как утверждают сибирские ученые, первые опытные образцы, сделанные по рекомендациям военных медиков, оказались эффективнее зарубежных.

Кровоостанавливающий жгут-турникет «Питон» застегивается как ремень. Раненый сможет оказать первую помощь себе сам: жгут можно затянуть одной рукой благодаря так называемой «трещотке», которая фиксирует его в нужном положении. «Питон» легко распаковать, а его использование интуитивно понятно.

Другой сибирской разработкой стала гемостатическая повязка Plantago, способная останавливать кровотечения за две минуты. Это нетканое полотно с повышенными впитывающими свойствами, пропитанное гемостатическим веществом на основе органических полимеров и алюмосиликатов. Полимеры в составе быстрее вызывают свертываемость крови, что позволяет избежать большой кровопотери. Повязка размером 7,5x5 сантиметров уложена в упаковку гармошкой в 72 слоя и имеет небольшие насечки, по которым можно надорвать ее, исходя из глубины раны. Упаковка спроектирована так, что ее можно разорвать одной рукой, а второй достать изделие и приложить к ране в качестве тампона. Этим же бинтом можно сделать сверху давящую повязку. На всё уходит минимум времени.



ВИЧ глазами молодых врачей

Противодействие распространению ВИЧ-инфекции - это многопрофильная работа, которая требует участия разноплановых и многофункциональных специалистов.

Сегодня молодые врачи Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями работают на всех направлениях и разрабатывают свой уникальный подход к решению проблемы распространения ВИЧ-инфекции.

ВИЧ и беременные женщины

Илона Андреевна Мироненко, врач-эпидемиолог отдела эпидемиологии КГБУЗ «АКЦБ со СПИДом»:

- В Центр СПИД я пришла работать более пяти лет назад. С первого дня меня заинтересовала тема профилактики перинатального пути передачи ВИЧ-инфекции (от матери к ребенку), на которой я специализируюсь сейчас.

Сегодня более 40% всех новых случаев ВИЧ-инфекции приходится на долю женщин. Причем, подавляющее большинство из них (80%) находятся в репродуктивном возрасте. И зачастую о своем диагнозе женщины узнают уже во время беременности - при прохождении планового обследования.

Сегодня наша команда делает всё возможное, чтобы у каждой ВИЧ-положительной мамы родился здоровый ребенок. В своей работе я стараюсь находить индивидуальный подход к каждой пациентке и подробно рассказываю о заболевании и плане нашего лечения. **Ведь в таком деликатном вопросе, как планирование беременности и рождение ребенка, «пробелов в знаниях» оставаться не должно.** Для меня очень важно сформировать доверительные отношения с каждой пациенткой. От того, насколько осознанно и ответственно женщина относится к лечению, зависит и здоровье будущего ребенка.

Для того чтобы ребенок родился здоровым, должны быть соблюдены несколько факторов. *Во-первых*, самое важное - это приверженность к терапии для достижения неопределяемой вирус-



ной нагрузки ВИЧ у матери на протяжении всей беременности. *Во-вторых*, это отказ от грудного вскармливания, ведь в грудном молоке может находиться вирус. *В-третьих*, это проведение химиопрофилактики ребенку сразу после рождения. При соблюдении всех этих мер можно выносить и родить здорового ребенка, а риск передачи вируса малышу будет стремиться к нулю.

Я считаю, что сегодня крайне необходимо как можно больше и чаще говорить о проблеме распространения ВИЧ-инфекции, в частности среди женщин репродуктивного возраста. Ведь от ответственного отношения каждой мамы к своему здоровью зависит качество жизни будущего малыша. *Команда Центра СПИД со своей стороны готова оказать всю необходимую поддержку каждой ВИЧ-положительной женщине.*

Тест на ВИЧ

Антон Владимирович Кожевников, врач-стажер клинической лабораторной диагностики КГБУЗ «АКЦБ со СПИДом»:



- Я в профессии чуть больше двух лет. Еще во время учебы в вузе определился, что хочу работать в лабораторной диагностике. Ведь именно это направление порой является решающим в постановке единственно верного диагноза.

Исходя из опыта работы в Центре СПИД, могу сказать, что **многие люди игнорируют рекомендации по поводу регулярного тестирования на ВИЧ.** Вполне возможно, они боятся не просто услышать этот диагноз, но и опасаются стать «изгоем» в обществе. Однако се-



годня ВИЧ-инфекция вышла за рамки групп риска, а самым распространенным путем передачи признан половой путь. Поэтому оставаться в неведении - абсолютно неверная тактика.

Современные методы исследования, которые доступны каждому, можно разделить на две большие группы - это **экспресс-тесты и более подробные лабораторные исследования**. Преимущество экспресс-теста состоит в том, что он может быть выполнен быстро - за 10-15 минут. Однако в «период окна» инфекционного процесса он не сможет определить наличие вируса в организме.

Что касается лабораторных исследований, то они способны выявить ВИЧ-инфекцию, в том числе на ранней стадии. Но, к сожалению, к такому подробному тестированию пациенты прибегают, только в случае острой необходимости - при наличии клинических показаний.

Чтобы сделать тестирование на ВИЧ еще более доступным, в крае начал работать **мобильный комплекс по экспресс-тестированию на ВИЧ**. В случае если экспресс-тест покажет положительный результат, наши специалисты возьмут все необходимые анализы для дальнейшего подробного исследования в лаборатории Центра СПИД. *Считаю, что это отличная возможность ответственно отнестись к своему здоровью и здоровью своих близких и узнать свой ВИЧ-статус.*

Профилактика ВИЧ-инфекции

Анастасия Васильевна Куринская, врач-эпидемиолог отдела профилактики КГБУЗ «АКЦБ со СПИДом»:



- Мой стаж работы в Центре СПИД - два года. Во время обучения в вузе я поняла, что намного эффективнее профилактировать заболевание, чем лечить его впоследствии.

ВИЧ-инфекция - это уникальное заболевание, которое по сей день окружено массой мифов, заблуждений и стереотипов. Согласно статистике, ВИЧ-инфекция

в XXI веке - это, **в первую очередь, инфекция, передающаяся половым путем**. В половозрелом возрасте моему поколению недоставало знаний о путях передачи ИППП и методах их профилактики. Хотя именно в этом возрасте такие знания необходимы.

Сегодня с ВИЧ-инфекцией можно жить долго и полноценно. Но не стоит ее недооценивать. Если другие ИППП вылечить можно, то с ВИЧ-инфекцией придется научиться «дружить». Я из поколения, которому, к сожалению, не объясняли



основы безопасного полового поведения. Поэтому не хочу, чтобы современная молодежь сталкивалась с ВИЧ и другими ИППП лишь от незнания и нехватки достоверной информации. **Хочу, чтобы люди понимали, что ВИЧ-инфекция может коснуться каждого.**

Моя личная мотивация позволяет мне делать упор в профилактической работе на половозрелую молодежь. Как известно, принцип «воздержания» уже давно не работает, и к каждому новому поколению необходим индивидуальный и действенный подход. Но, разумеется, еще одним важнейшим направлением является работа с представителями ключевых групп. Ведь они наиболее подвержены риску получения ВИЧ. Всё больше общаясь с ними, я начинаю лучше понимать их природу и мотивы к небезопасному поведению. Это позволяет мне разрабатывать уникальный и действенный набор инструментов профилактики ВИЧ-инфекции для представителей каждой ключевой группы.

Основываясь на своем опыте, могу сказать, что **молодые люди в основном информированы о путях передачи ВИЧ-инфекции и способах профилактики заражения**, что не может не радовать. Подавляющее большинство регулярно сдают тест не только на ВИЧ, но и на другие инфекции, передающиеся половым путем, причем вместе со своим партнером. Но, по моим наблюдениям, это касается чаще всего людей младше 20 лет. У тех, кто относится к моему поколению, «пробел» в знаниях ощутим. **А люди старше 35 лет зачастую не задумываются о безопасном поведении**, так как считают, что это их не коснется. *Считаю, что отсюда и возникает логичная возрастная совокупность из ВИЧ-положительных людей старше 35-40 лет.* 🌐

Инна Шадрина, специалист КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»



Психологическое здоровье одаренных детей младшего школьного возраста

В последнее десятилетие тема одаренности, образно выражаясь, набирает обороты. Увеличивается количество исследований и публикаций, а также учреждений, ориентированных на работу с одаренными детьми.

Одаренность - это сложная многомерная и многоуровневая система, которая объединяет в единое целое личностные свойства человека и которая развивается в перспективе всей жизни человека в тесном взаимодействии с окружающим его миром. Более корректно говорить о детях с признаками одаренности: и педагоги, и психологи имеют дело с детьми, для которых характерны **разные признаки и разный уровень проявления одаренности**. В отличие от актуальной (явной) одаренности скрытая одаренность проявляется в деятельности ребенка в менее выраженной, замаскированной форме.

Обучение детей с разными признаками одаренности должно сопровождаться психологической диагностикой и коррекцией развития их когнитивных и регуляторных способностей.

Огромную роль в раскрытии детской одаренности играет **семья**. Родителям важно понимать, что одаренные дети - это особые дети, которые похожи на сверстников только на первый взгляд. При этом одаренность ребенка может проявиться довольно рано, а может случиться так, что даже родители не заметят необычных способностей своего одаренного сына или дочери, пока не поможет счастливый случай. Поэтому родителям, заинтересованным в развитии и поддержке одаренности ребенка, необходимо приглядываться внимательнее к своим детям и наблюдать за их поведением.

Говорить о наличии одаренности у ребенка можно, если для него характерно следующее:

- ▶ он очень любознателен;
- ▶ любит задавать каверзные вопросы и решать трудные задачи;
- ▶ его речь очень развита, большой словарный запас;
- ▶ во всех вопросах ищет самостоятельные решения, не всегда воспринимает уже готовый родительский ответ;
- ▶ настойчив в достижении поставленной цели;
- ▶ у него повышенные математические способности в сфере вычисления и логики;
- ▶ может концентрировать внимание на интересующем предмете или задаче, но легко бросает то, что показалось понятным, или наскучило;
- ▶ обладает богатой фантазией и воображением;
- ▶ рано определяет свое призвание, реально оценивает свои возможности, особенности характера;
- ▶ его отличает чувство юмора, любит смешные несоответствия, игру слов, шутки, может гримасничать, смеяться над другими, подражая взрослым и т.д.

Задача родителей здесь - вырастить своего ребенка счастливым, адекватно реагируя на его способности, не приглушая и не нивелируя его неординарность, сохраняя его здоровье.

Многие родители заявляют: «Я не хочу, чтобы мой ребенок был одаренным, пусть лучше он будет нормальным, счастливым ребенком, - таким, как все». Или в ответ на вопрос «Каково вам воспитывать одаренного ребенка?» они отвечают, что «Всё было прекрасно до тех пор, пока ребенку не приклеили ярлык одаренного и не сообщили об этом родителям». Действительно ли думаю-



Ирина Ивановна КОДОЧИГОВА,
методист, первая квалификационная категория,
КГБУ «Алтайский краевой центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи»



Родителям важно понимать, что одаренные дети - это особые дети, которые похожи на сверстников только на первый взгляд. При этом одаренность ребенка может проявиться довольно рано, а может, даже родители не заметят необычных способностей своего одаренного сына или дочери, пока не поможет счастливый случай.

щие родители всерьез полагают, что быть одаренным - значит быть ненормальным, не уметь найти места в компании сверстников, быть несчастным? Как ни печально, но таковы широко распространенные стереотипы, порой разделяемые и родителями. Открывая одаренность собственного ребенка, родители должны и могут испытывать и радостное ожидание, и готовность решать связанные с этим проблемы.

Поэтому родителям с самого раннего возраста необходимо уважать и воспринимать ребенка, тактично подчеркивать его индивидуальность, позволять ему как можно чаще высказывать свои творческие идеи. Одним словом - нужно понять своего неординарного ребенка, быть для него примером и подражанием во всем.

Понятие психологического здоровья введено Ириной Дубровиной, доктором психологических наук, профессором, действительным членом Российской академии образования. **Психологическое здоровье является частью психологической культуры личности в совокупности с психическим здоровьем и психологическим образованием.**

Основа психического здоровья - полноценное развитие высших психических функций, психических процессов и механизмов, а психологического - развитие личностной индивидуальности. То есть **суть психологического здоровья заключается в постепенном осознании и принятии растущим человеком особенностей своего психического развития, своей личности, своей индивидуальности.** Ребенок со временем начинает всё больше ориентироваться в сво-

ем поведении и отношениях как задаваемые на извне нормы, так и опираться на внутренние осознаваемые и принятые самоориентировки.

Что кроется за укреплением психологического здоровья ребенка? Это подразумевает, что взрослые уделяют внимание к внутреннему миру ребенка любого возраста, к его чувствам и переживаниям, увлечениям и интересам, способностям и знаниям, его отношению к себе, сверстникам, окружающему миру, происходящим событиям в семье, обществе, в жизни как таковой. Поэтому важно дать каждому ребенку знания и средства (сначала он овладевает ими только с помощью взрослого, а затем и самостоятельно), которые позволяют ему научиться сознательно и разумно относиться к себе и окружающим, знать, понимать и учитывать свои индивидуальные возможности и особенности.

Одаренных детей отличает высоко развитая способность к переработке информации, которая позволяет им преуспевать во многих областях знаний. При этом за видимым благополучием одаренности ребенка может скрываться пласт непроявленных проблем, например неадекватный уровень притязаний и самооценки, страх не соответствовать ожиданиям, проблемы в коммуникативной сфере, тревожность и т.д.

Существуют и психологические факторы, которые мешают реализации способностей детей: негативное отношение к школе и учебе; нарушение отношений с родителями; подверженность колебаниям настроения; низкая самооценка, чувство «гонимости»; тенденция к оправданию и объяснению своих недостатков, перекладывание вины на других; склонность к фантазированию; плохие межличностные отношения, недоверие к другим; недостаток настойчивости, склонность отвлекаться и откладывать дела; враждебное отношение к руководителям; скука; отсутствие самодисциплины и неспособность нести ответственность за свои действия; недостаток лидерских качеств; недостаток увлечений или излишнее внимание к ним; неприятие состязательности; эмоциональная неуравновешенность; чувствительность к критике, тенденция критиковать других; нереалистические цели.



Основные особенности, а также индивидуально-психологические проблемы одаренных учащихся

Наличие специфических стратегий деятельности	У одаренных детей наблюдается своеобразный индивидуальный стиль деятельности, который выражается в склонности «всё делать по-своему».
Особый тип обучаемости одаренных детей	Может проявляться как в высокой скорости и легкости обучения, так и в замедленном темпе обучения, но с последующим резким изменением структуры знаний, представлений и умений.
Протестное поведение	Одаренный ребенок иногда выражает протест, если происходит длительное подавление его важных потребностей в активности, в демонстрации своих возможностей, лидировании. Такой ребенок ведет себя вызывающе и агрессивно.
Увлеченность и одержимость одаренных детей	У одаренных детей часто прослеживается ярко выраженный интерес к определенной сфере деятельности. Наличие столь интенсивной склонности не позволяет ребенку быть успешным в других областях. Например, математически одаренный ребенок не уделяет внимания другим предметам, создавая тем самым проблему с успеваемостью.
Негативное отношение к школе	Учебная программа часто скучна для одаренных детей. Нарушения в поведении могут появляться потому, что учебный план не соответствует их способностям, а изучаемый на уроках материал давно знаком.
Проблемы общения	Одаренным детям нравятся сложные игры, нестандартные ситуации, серьезные увлечения и не интересны те, которыми увлекаются их сверстники. Вследствие этого одаренный ребенок не находит друзей среди сверстников, наблюдается нежелание ребенка быть в компании, иногда такие дети оказываются в изоляции.
Стандартные правила и требования	Одаренные дети отвергают стандартные требования, они не склонны к конформизму, не готовы соглашаться с мнениями и общими настроениями, распространенными в обществе. Особенно сильно это проявляется, если стандарты идут вразрез с их интересами.
Философские проблемы	Одаренные дети часто погружаются в философские проблемы. Для них характерно задумываться над такими явлениями, как жизнь, любовь, совесть, вселенная, космос, о вопросах мироздания, мире духовных ценностей. У них возникает свое видение мира, и это не всегда находит понимание у окружающих.
Познавательная потребность	У большинства одаренных детей наблюдается повышенная познавательная потребность, которая проявляется в ненасытной любознательности, а также готовности по собственной инициативе выходить за пределы исходных требований деятельности. Такая потребность может вызывать проблемы в учебной деятельности.
Целеполагание	Одаренные дети часто вырабатывают, конструируют свои собственные цели, составляют план действий. При этом цели и программы действий, заданные извне, часто не воспринимаются одаренными детьми. В то же время они часто ставят нереальные цели. Не имея возможности достигнуть их, начинают переживать, это угнетает их психическую и учебную деятельность, негативно сказывается на настроении, здоровье.
Мышление и моторика	Мыслительные процессы у одаренных детей протекают быстро, в связи с этим они думают значительно быстрее, чем пишут, что приводит к плохому неаккуратному оформлению работ, незавершенности. Это может приводить и к отказу ребенка от выполнения письменных работ.
Поверхностные знания	На ранних стадиях работы с одаренными детьми можно наблюдать проблему, связанную с поверхностными знаниями. Это объясняется множественностью интересов ребенка, его желанием заниматься всем, к чему возникает интерес.
Внимание взрослых	Одаренные дети испытывают повышенную потребность во внимании взрослых. В силу стремления к познанию они нередко монополизируют внимание учителей и других взрослых. Это вызывает трения в отношениях с другими детьми.
Сверхчувствительность	Возникает из-за излишней сенсорной восприимчивости, когда слова и невербальные сигналы воспринимаются очень остро. Одаренные дети не любят, когда на них повышают голос. Если это происходит часто, то на эмоциональном уровне происходит блокировка, которая может сопровождаться повышенным эмоциональным всплеском.

За счастливое здоровое детство!

Психологические и физиологические особенности развития в младшем школьном возрасте обуславливают рост внутреннего напряжения у детей. При этом большинство детей не имеют конкретных представлений о том, как с этим справиться. Ребенок младшего школьного возраста мало осознает свои переживания, с трудом понимает причины его возникновения, а на трудности в школе чаще всего отвечает такими эмоциональными реакциями, как **гнев, страх и обида**, но он имеет необходимые ресурсы, чтобы справиться с этой проблемой.

Кроме того, именно **в младшем школьном возрасте формируются устойчивые навыки совладания со стрессом**, позволяющие справляться с отрицательными эмоциями и самоконтролировать эмоциональное состояние. Родителям вместе с педагогами необходимо обучить ребенка конкретным приемам,



способствующим снятию психоэмоционального напряжения. Многие проблемы поможет решить психолог в школе, к которому могут обратиться родители.

Упражнения для саморегуляции

Приведем несколько упражнений, выполняя которые, родители научат ребенка простым приемам саморегуляции.

РЕГУЛЯЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ.

Упражнение «Майские жуки».

Родитель предлагает детям «превратиться» в майских жуков и полетать на лесной полянке. Играющие «летают», «жужжат» под слова:

«На поляне у реки летают майские жуки.

Падают, устали. На спинке полежали.

Ножками болтают. Затихли. Отдыхают.»

«Жуки» ложатся на ковер ножками вверх, барахтаются. Устали. Некоторое время лежат, отдыхают на лесной полянке. Игра повторяется 2-3 раза.

ВЛИЯНИЕ МЫСЛЕЙ НА НАСТРОЕНИЕ.

Упражнение «Гора с плеч»

Когда ребенок очень устал, ему тяжело, хочется лечь, а надо еще что-то сделать, помогите ему сбросить «гору с плеч».

- Встань, широко расставь ноги, подними плечи, отведи их назад и опусти плечи. Сделай это упражнение 5-6 раз, и тебе сразу станет легче.

КАК ПОБЕДИТЬ СТРАХ.

Дыхательное упражнение

«Вверх по радуге»

- Закрой глаза и представь себе радугу. На вдохе - ты поднимаешься на радугу, на выдохе - скатываешься по радуге.

ГДЕ НАЙТИ УВЕРЕННОСТЬ В СЕБЕ.

Упражнение «Полет»

- Давайте представим, что у нас выросли крылья! Мы можем летать!

У меня есть крылья за спиной! *(руки за спину)*

Я летать умею над землей! *(руки вверх)*

Я взмываю ввысь и в мир - Эгей!
(руки высоко вверх, делаем взмахи)

На ладошке уместается моей.

Покружу немного в облаках!

(машем руками, кружимся вокруг себя)

Устремлюсь стрелой вниз и - Ах! *(приседаем)*

Оседлаю кучевую тучу,

Поскачу на ней к небесной круче!

(делаем короткие приседания - скачем)

С кручи я вприпрыжку вниз сбегу
(бег на месте),

Крылышки почищу, отдохну... *(руки вниз)*

Пальчики, как перышки, расправлю
(встряхиваем кисти рук),

Распрямлюсь, встряхну себя немножко
(распрявляем спину, раздвигаем лопатки, вытягиваем шею)

Вам на память перышко оставлю -

Мягкое, пушистое в ладошке

(сдуваем с ладошки воображаемое перышко, делаем глубокий вдох и выдох).

Дорогие родители! Обратите внимание на использование игр для решения психологических проблем ребенка. Игру до сих пор не принято считать серьезной деятельностью. Это, скорее, - развлечение, проведение досуга, детская деятельность. Но именно с игрой, по нашему мнению, связано решение многих психологических проблем, свойственных одаренным людям, целенаправленное формирование и развитие одаренности. Игра сама по своей структуре и осо-



бенностям предполагает творческий характер. Она обеспечивает гармоничность личности и ее тесную связь с разными сторонами внешней действительности. В каждом из периодов роста ребенка игра выступает в определенном виде и имеет свою специфику.

Играть с ребенком вы можете, используя игры из сборника Анны Мудровой «Золотая коллекция игр для детей. Развивающие, дидактические, сюжетно-ролевые, подвижные».

Рекомендации для родителей по развитию волевой сферы

◆ Научите ребенка ставить цель, планировать деятельность, правильно ее выполнять и сличать результат с запланированным.

◆ Создавайте установки для проявления воли, настойчивости, чаще говорите ребенку о том, что вы уверены в нем, знаете, что у него всё обязательно получится.

◆ Используйте игры со строгими правилами, так как соблюдение правил в игре способствует проявлению воли.

◆ Подбирайте занятия, поручения, труд по интересам, желаниям, умениям, возможностям, ребенка. Проявляйте требования адекватные его возможностям.

◆ Поощряйте и подчеркните хвалите за все виды деятельности, требующие усилия воли.

◆ Привлекайте к участию в коллективном труде, давайте задания, сопряженные с ответственностью. Соблюдайте дозировку работы, нагрузку увеличивайте постепенно.

◆ Обязательно запишите ребенка в спортивную секцию. Спорт - такой вид деятельности, который как нельзя лучше формирует волевые качества и установки.

Бережное отношение к одаренному ребенку предполагает понимание не только преимуществ, но и трудностей, которые несет с собой его одаренность, а родители вместе с педагогами смогут сохранить психологическое здоровье такого ребенка. 🧘



Это интересно!

Суперлегкий нейропинцет

Специалисты Федерального центра нейрохирургии в Тюмени запатентовали и выпустили самый легкий пинцет для малоинвазивной хирургии.

Операции на мозге длятся иногда по 12 часов, поэтому инструмент для них должен быть качественным и удобным. Тюменский пинцет весит всего 18 граммов, в два раза меньше, чем иностранные аналоги, он удобно ложится в руку и не прилипает к тканям.

Импульсом по сердцу

Новосибирские хирурги впервые в России прооперировали кардиологического больного с применением нового типа энергии. Аблационный катетер и генератор для купирования очагов аритмии разработали томские инженеры.

Первым пациентом кардиохирургов стал 55-летний мужчина с трепетанием предсердий. Долгие годы он страдал от нарушения сердечного ритма. И всего за одну минуту



врачи избавили его от серьезной патологии, благодаря использованию нового типа энергии. Само воздействие на зону патологической активности занимает одну сотую секунду. А основной этап лечения теперь действительно «укладывается» ровно в минуту.

Как отмечает представитель Национального медицинского исследовательского центра имени академика Мешалкина Дарья Семенюта, электропорация ранее не применялась в сердечно-сосудистой хирургии. Этот метод заключается в нанесении микросекундных высококонцентрированных электрических импульсов на сердечную ткань в зоне патологической аритмогенной активности, что приводит к повреждению целостности мембраны клеток и, как следствие, нарушению их функционирования. При использовании метода электропорации клетки, провоцирующие патологическую электрическую активность, не погибают как в случае применения радиочастотных или холодовых методов аблации, традиционно используемых в интервенционном лечении нарушений ритма сердца. Разрушается клеточная мембрана, и клетка перестает функционировать.

Медики утверждают, что этот факт говорит о высокой безопасности процедуры. Электропорация позволяет избежать целого ряда осложнений, в частности, нарушения целостности сердечной мышцы. В дальнейшем кардиохирурги планируют расширять спектр применения технологии. Новый тип энергии планируется использовать для лечения всех видов нарушений ритма сердца.





6
**Что нужно
знать об АФС**



10
**Про страхи
будущих мам и
о питании при
гестационном
сахарном диабете**



26
**Школа
нейрогенного
мочевого пузыря**



34
**Наступить
на грабли**



36
**ВИЧ глазами
молодых врачей**

На обложке: Павел Владимирович АНДРЕЕВ, врач-хирург, первая квалификационная категория, хирургическое отделение, КГБУЗ «Кравая клиническая больница».

ОТ РЕДАКТОРА

По волне моей памяти... О семье, о школе и об университете 1-2

Сложная операция по ОМС 3

П.В. Андреев.

Хирурги - не роботы. Они способны на большее 4-5

Н.Н. Зяблова.

Что нужно знать об АФС 6-8

Льготы для многодетных семей 8-9

СОВЕТЫ ЭНДОКРИНОЛОГА

С.И. Мазепа, И.А. Вейцман.

Про страхи будущих мам и о питании при гестационном сахарном диабете 10-14

Калькулятор для почек 15

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

А.Е. Чернова.

Выкидыш позднего срока: как жить дальше? 16-18

Распределяем материнский капитал 18-19

Новости здравоохранения России 20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

И.Ю. Клус.

Старость в радость 21-22

Е.И. Чернышева.

Чтобы ребенок родился здоровым 23-24

Какая опасность таится в кондиционерах 25

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

К.Р. Фролкова, И.С. Попов, А.В. Киптилов.

Школа нейрогенного мочевого пузыря 26-29

Лечение ожирения по новому стандарту 30

Сладкий рацион 31

Короли вкуса на вашей кухне 32-33

Наступить на грабли 34-35

ВИЧ глазами молодых врачей 36-37

На обед - пломбир 38

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

И.И. Кодочигова.

Психологическое здоровье одаренных детей младшего школьного возраста 39-43





Окончание. Начало на второй обложке, 1-2 страницах.

По волне моей памяти... О семье, о школе и об университете

Можно сказать, что практически также экспромтом 1 июля состоялась еще одна памятная встреча - выпускников лечебного факультета АГМИ 1977 года. Прошло всего каких-то 45 лет! Конечно, многие однокурсники общались все эти годы по работе или просто по-дружески семьями. Состоялись уже солидные медицинские династии, в медицину вслед за родителями пришли и дети, и уже внуки! К сожалению, не миновали наш курс с последней встречи и потери... Значительная часть однокурсников (несмотря на зрелый возраст) востребованы в своих медицинских организациях, в АГМУ.



То, что встреча проходила в музее истории медицины Алтайского края, для нашего курса имеет особый колорит: основатель музея - наш сокурсник **Иван Генрихович Беккер**, который много лет со своими единомышленниками бережно связывает прошлое и будущее. Главное впечатление от встречи - открытые, доброжелательные, энергичные и счастливые люди! Спасибо вам, дорогие однокурсники, за позитив, солидарность, многолетние добрые отношения.



Особая благодарность **Владимиру Васильевичу Федорову**, д.м.н., профессору, проректору по учебной работе АГМУ, который традиционно становится участником всех встреч выпускников нашего курса.



Вот такой случился спрессованный экскурс в прошлое! И главное, считаю, что это путешествие во времени не только погрузило в воспоминания, но и

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№6 (222) июль 2022 г.



Лауреат Губернаторской премии среди СМИ по итогам 2003 года

Почетная грамота Союза журналистов России



Благодарность от Управления Алтайского края по физической культуре и спорту

Почетная грамота Правительства Алтайского края, 2017 год



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

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

Время подписания в печать: по графику - 14:00 13.07.2022 г., фактически - 14:00 13.07.2022 г. Дата выхода: 18.07.2022 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.

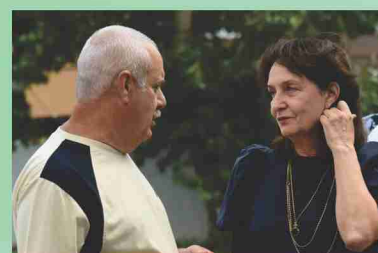
E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В.: 656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать офсетная. Тираж - 2500 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге «Почта России» - ПР893. Цена за 1 номер (месяц) - 200 рублей.

Алтайский государственный медицинский университет.

45 лет спустя



Встреча выпускников лечебного факультета 1977 года, 01.07.2022 год.