

Мы

и **ЗДОРОВЬЕ**



№ 5 (684) 22 мая 2020 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



«Настроение боевое»

» Стр. 4-7

На дачу - с тонометром
и аптечкой

» Стр. 10-12

Жизнь без глютена

» Стр. 18-20

Расходы компенсируют

Министерство здравоохранения Алтайского края в 2020 году продолжит компенсировать расходы на оплату обучения в ординатуре.

В 2020-м сумма компенсации стоимости ординатуры увеличена и составит 180 тысяч рублей за год обучения.

Воспользоваться данной программой смогут граждане, зачисленные в ординатуру в текущем году. Порядок предоставления гражданам компенсации утвержден приказом регионального Минздрава «О реализации госпрограммы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае».

Право на получение компенсации имеет гражданин РФ, проходящий за счет собственных средств обучение по программе ординатуры на основании договора об оказании платных образовательных услуг, заключенного с АГМУ.

Компенсация предоставляется в размере фактически понесенных гражданином расходов на оплату обучения по программе ординатуры в соответствии с договором об оказании платных образовательных услуг, но не более 180 тысяч рублей за один год обучения.

Информация о порядке и сроках приема документов на компенсацию появится в августе 2020 года.

Всем ординаторам, участвующим в программе с 2019 года, успешно переведенным на второй год обучения, компенсацию предоставят в соответствии с заключенными договорами.



Трансформация медстрахования



Система обязательного медицинского страхования (ОМС) в России нуждается в реформировании и цифровизации. Об этом заявил министр здравоохранения России Михаил Мурашко на пленарном заседании Государственной Думы.

По словам министра, она «однозначно должна трансформироваться». «Во-первых, информационные технологии должны прийти туда более

глубоко. Мы должны видеть систему расчетов, персонификацию, мы должны понимать, куда что уходит», – сказал Михаил Мурашко, подчеркнув, что речь не идет об оптимизации.

Глава Минздрава отметил, что главной задачей реформы должна стать прозрачность системы. «Речь идет о том, чтобы понимать, где за что заплатил и каков результат», – добавил он.

Будьте бдительны!

По последним данным, с начала сезона активности клещей (24.03.2020 г.) в поликлиники края с жалобами на присасывание клещей обратились 2294 человека. Из них – 861 ребенок в возрасте до 14 лет. Тем детям, кому это было необходимо, введен иммуноглобулин, установлено медицинское наблюдение.

Специалисты вирусологической лаборатории Центра гигиены и эпидемиологии в Алтайском крае при

исследовании клещей, снятых с лиц, пострадавших от их присасывания, говорят, что в 6,7% случаев обнаружен вирус клещевого энцефалита. Всем пострадавшим от присасывания зараженных клещей введен иммуноглобулин, заболевших клещевым энцефалитом среди них нет.

Специалисты предупреждают: будьте бдительны! В настоящее время наблюдается интенсивный рост активности клещей.

В экстренном режиме

Если роста заболеваемости COVID-19 не будет через 7–10 дней, то учреждения здравоохранения могут постепенно начать возвращение в обычный режим работы. Об этом заявил на пресс-конференции министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов. Он выразил надежду, что это может произойти уже в июне.

Напомним, больницы и поликлиники региона поменяли режим работы в связи с пандемией коронавируса

в конце апреля. Был прекращен плановый прием пациентов, скрининговые и диагностические процедуры, приостановлены плановые операции. Фактически учреждения перешли на прием лишь экстренных больных.

Министр объяснил, что пока рано говорить о возвращении учреждений здравоохранения в строй в полной мере, поскольку заболеваемость COVID-19 может вырасти после майских праздников.

Двойные праздники

В Центре охраны материнства за майские праздники родилось четыре двойни.

Рождение двойняшек для Центра охраны материнства и детства – событие нередкое. Каждый месяц в медицинском учреждении регистрируют от 6 до 10 таких случаев. Но чтобы за столь короткий промежуток появились на свет сразу четыре двойни – своеобразный рекорд.

По словам специалистов, все дети и их мамы чувствуют себя удовлетворительно. Двойняшки Рачинские из Павловска родились 8 мая. Девочка при рождении весила 3300 г, мальчик – 3700 г. «Я был

очень счастлив, когда узнал, что у нас будет двойня. Совсем не пугала двойная ответственность и двойная нагрузка. Ведь по нашей родовой линии есть двойняшки. В будущем мы обязательно планируем вернуться к вам: хочется еще детей», – говорит отец новорожденных **Иван Рачинский**.

Счастливым событием в жизни считают рождение двойняшек и супруги Комоляткины из Бийска. Они уже воспитывают 17-летнюю дочь Наташу и 10-летнего сына Илюшу. 3 мая у них появились сестры-близнецы. Старшая Диана весила 2680 г, младшая Алена – 2620 г.



Благодарность за Победу

Специалисты Алтайского краевого госпиталя для ветеранов войн поправили более 270 инвалидов и участников ВОВ с 75-летием Великой Победы.

Несмотря на пандемию коронавируса, медицинское обслуживание ветеранов, их лекарственное обеспечение, выполнение планов лечебно-оздоровительных мероприятий всегда остается на особом контроле Минздрава Алтайского края.

В I квартале 2020 года проведено диспансерное обследование инвалидов, участников Великой Отечественной войны, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников ВОВ, лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», бывших несовершеннолетних узников фашистских концлагерей. Осмотрены все ветераны, живущие в регионе.

В большинстве случаев осмотры проводились по месту их проживания бригадой врачей с проведением всех необходимых обследований. По их результатам для каждого ветерана разработана индивидуальная программа лечебно-оздоровительных мероприятий на амбулаторном и стационарном этапах, которая реализуется в течение года.

Кроме того, медорганизации края провели обследование граждан из числа участников ВОВ с целью установления или утяжеления группы инвалидности. А также для разработки или актуализации индивидуальной программы реабилитации.

В результате трем участникам войны впервые установлена группа инвалидности, 10 – утяжелена группа инвалидности, 15 – разработаны и актуализированы индивидуальные программы реабилитации, что позволило расширить перечень льгот ветеранов, а также получить необходимые технические средства реабилитации.

Фоторепортаж на стр. 32 >>

«Настроение боевое»

Первым медицинским учреждением в крае, перепрофилированным под лечение больных с коронавирусной инфекцией, стала КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул». На вопросы «МиЗ» о том, как сейчас работают врачи учреждения, ответила Олеся Рейдер, заведующая отделением гастроэнтерологии, в настоящее время выполняющая функции медицинского координатора.



– Олеся Анатольевна, в чем заключается работа координатора?

– Это можно сказать, главный дежурный врач. Его задача – определить поток пациентов из приемного покоя, решать возникающие организационные моменты. Хотя мы и готовились к этой работе, все равно в первое время возникало очень много вопросов, особенно по разделению трафика диагностических пациентов и пациентов с подтвержденной коронавирусной инфекцией. Изначально больница не предназначалась для инфекционного госпиталя, из-за этого возникали сложности, которые мы пытались решать оперативно. Координатор также решает вопросы перевода пациентов



в другие учреждения, согласует с другими больницами возникающие нюансы перевода, занимается выпиской.

– По основной специальности Вы гастроэнтеролог, но теперь работаете с инфекционными больными.

– Да, для многих наших врачей нынешняя работа – не по их основной специальности. Пульмонологов и инфекционистов у нас немного, поэтому мы все прошли очно-заочное обучение по инфекционным заболе-



Цифры

363 медицинских работников трудятся сейчас в горбольнице № 5, в том числе **86** врачей, **163** медсестры и **114** человек младшего медперсонала.

Проводим компьютерную томографию легких – ковидная пневмония имеет характерные особенности, которые наши рентгенологи уже научились четко определять. Дожидаемся результатов тестов. Если приходит отрицательный результат, но клиническая картина и результаты КТ говорят о том, что это больше похоже на пневмонию, ассоциированную с новой коронавирусной инфекцией, то проводим углубленное дообследование, осуществляем телемедицинскую консультацию с федеральными центрами и согласуем постановку диагноза коллегиально.

– Сколько пациентам потребовалась искусственная вентиляция легких?

– На 14 мая из выбывших одиннадцати пациентам потребовалось лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии, находилось в ОРИТ 12 человек.

– Сколько аппаратов ИВЛ сейчас есть в больнице?

– Сейчас мы имеем 101 аппарат ИВЛ, часть из них – оборудование больницы, 76 аппаратов были закуплены или привезены из других учреждений. Также были приобретены специальные реанимационные кровати. Ожидается поступление новой партии аппаратов ИВЛ, так как еще один этаж готовится под реанимационное отделение.

Все палаты терапевтического, хирургического профиля были оснащены подводками кислорода

Продолжение на стр. 6-7 >>>

ваниям для работы в госпитале – гинекологи, хирурги, гастроэнтерологи, неврологи, кардиологи... Мы изучали клинические рекомендации по лечению новой коронавирусной инфекции, отработывали навыки надевания и снятия защитного костюма. На базе АГМУ была пройдена 36-часовая программа дополнительного медицинского образования, ее прошли все и по окончании сдали контрольный тест. Медсестринский персонал также прошел обучение.

– Увеличивается ли в больнице количество медработников по мере увеличения больных с COVID-19?

– Да, увеличивается. Так, врачи-реаниматологи привлекаются из других учреждений – недавно приступили к работе специалисты из краевого кардиоцентра.

– Каких больных и откуда привозят в горбольницу № 5?

– Наша больница работает как инфекционный госпиталь. Ежедневно в круглосуточном режиме принимаем пациентов с подозрением на пневмонию, а также с установленным диагнозом: «пневмония, вызванная новой коронавирусной инфекцией».

Пациентов привозят из Барнаула, других районов и городов края, согласно приказу регионального Минздрава – из Бийска, Рубцовска, Змеиногорска...

Пациенты с пневмонией ковидной этиологии у нас лечатся в пульмонологических отделениях № 1 и 2.

Третье пульмонологическое отделение – диагностическое, в котором проводят дообследования, уточняющие причину пневмонии. При этом максимально соблюдается принцип разобщения потоков инфицированных и диагностических пациентов. Отделение работает согласно стандартам организации работы инфекционного отделения.

В больнице проводят дифференциальную диагностику между ковидной и нековидной пневмонией. По мере получения отрицательных результатов на COVID-19 мы переводим этих пациентов с пневмонией в городскую больницу № 4. Если пневмония в ходе дообследования не подтверждается, пациент переводится в терапию по месту жительства. На дифференциальную диагностику уходит двое-трое суток. В ежедневном потоке пациентов, как правило, у двоих подтверждается коронавирусная инфекция. Легкие формы коронавирусной инфекции без пневмонии лечатся в инфекционном корпусе – инфекционном отделении № 1.

– Какие диагностические исследования проводятся, кроме теста?

– Первоначально мы ориентируемся на эпиданамнез и клинические проявления (в том числе одышку, температурную реакцию, сухой кашель), аускультативную картину. Спрашиваем у больного про его контакты с другими заболевшими, приехавшими из других регионов, из-за границы.

«Продолжение. Начало на стр. 4-5»

для подключения аппаратов ИВЛ и проведения кислородотерапии. Этот большой объем работы был проведен в короткие сроки. Были оборудованы шлюзы для того, чтобы проводить обработку персонала на выходе из красной зоны. Можно сказать, что вся больница сейчас – это сплошная красная зона, с третьего по седьмой этаж. Пожалуй, кроме административной части и того места, где сотрудники могут переодеться.

– Как организована изоляция медработников? Как часто вы сдаете тест на коронавирус? Какое настроение у медработников, оказывается ли психологическая помощь?

– Нерабочее время все медработники больницы проводят в санатории «Обь». Тест на коронавирус, согласно клиническим рекомендациям Минздрава РФ, мы сдаем один раз в неделю. Положительных результатов у тех, кто работает в нынешнем режиме с 16 апреля, ни у кого не было. Кроме того, проводится термометрия при входе на работу и при выходе с нее. Если у сотрудника будут признаки ОРВИ, то он будет отстранен от работы и пройдет лечение. Настроение у коллег пока боевое. Есть психолог, к которому можно обратиться дистанционно, но медперсонал пока к его услугам не прибегал. Мы стараемся поддерживать друг друга сами, мы все врачи и можем найти нужные слова.

– Как вы переключаетесь, чем занимаетесь в нерабочее время?

– Там большая территория, погода хорошая, можно гулять. После суточного дежурства как минимум сутки восстанавливаешься, приходишь в себя. Кто-то общается с детьми дистанционно, кто-то читает литературу, кто-то развивается в своей специальности – проходит дистанционные курсы, посещает онлайн-конференции. Плюс постоянно обновляются клинические рекомендации по COVID-19, нужно быть в курсе.

– А что меняется в клинических рекомендациях?

– Основные изменения касаются схем лечения в зависимости от тяжести заболевания. Корректируется перечень возможных к назначению лекарственных препаратов для этиотропной терапии COVID-19 с учетом получаемых в процессе работы клинических наблюдений.

Главный акцент все-таки направлен на предупреждение заражения, особенно граждан старше 60 лет, а также пациентов более молодого возраста, но имеющих сопутствующие хронические заболевания (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, болезни почек, онкологические заболевания). Они остаются наиболее подверженными осложнениям и смертности при коронавирусной инфекции COVID-19.

Специалисты рекомендуют воздержаться от выхода на улицу без необходимости, ограничить посещения магазинов и поездки на общественном транспорте. Плановые визиты к

Важно!

Согласно приказу Минздрава РФ в качестве федерального дистанционного консультативного центра по вопросам диагностики и лечения COVID-19 и пневмонии у взрослых пациентов определен Первый Московский государственный медицинский университет имени И. И. Сеченова, у детей – центр на базе Российской детской клинической больницы Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, у беременных – центр на базе Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова.

врачу желательно перенести на другое время. При этом рекомендации врача по лечению имеющихся хронических заболеваний важно продолжать выполнять. Исходя из собственных наблюдений за находящимися на стационарном лечении пациентами с хроническими заболеваниями (сахарным диабетом, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, заболеваниями почек), отмечаем, что течение новой коронавирусной инфекции у них, как правило, протекает более тяжело.

Призываем соблюдать особые меры предосторожности. Если у кого-то из членов семьи есть симптомы заболевания (температура, кашель) либо они недавно вернулись из-за границы, нужно воздержаться от личных контактов. В текущей ситуации пожилым людям стоит свести общение с внуками к минимуму. Пожилые родственники должны сейчас жить отдельно, а дети должны жить со своими родителями.

Если есть необходимость выйти на улицу или находиться в общественном месте, то нужно держаться на расстоянии не менее двух метров от других людей.



Если появились симптомы заболевания (температура, сухой кашель, затрудненное дыхание), необходимо вызвать врача на дом и сделать это как можно скорее, не заниматься самолечением. Раннее обращение и диагностика дают возможность контролировать течение заболевания, не допускать развития тяжелых состояний.

– Насколько сложно работать в защите?

– Главная трудность: приходится работать в другом для себя режиме.

Раньше я могла свободно подойти к пациенту, переговорить, уточнить какие-то моменты – было больше личного контакта с пациентом. Сейчас есть только определенное время, которое можно провести с пациентом. В защитном костюме можно работать от четырех до шести часов. Если ему стало хуже, требуется оказать помощь – снова одеваешься и идешь к пациенту. Из красной зоны ты не можешь вынести ни одной бумаги. В самом костюме работать привыкаешь, но очки

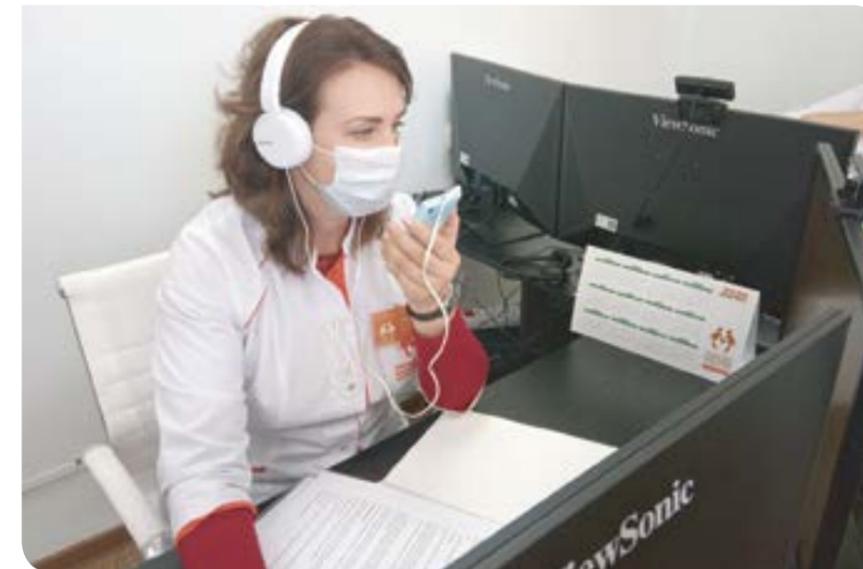
запотевают очень сильно, чем бы мы их ни обрабатывали. Они настолько плотно прилегают к коже лица, что, когда их снимаешь, остаются вмятины, у некоторых начинаются аллергические реакции. Летом, я думаю, в костюме будет еще менее комфортно работать. Но тем не менее это не самый худший вариант. Терпимо.

Елена Клишина.

Фото предоставлено пресс-службой Минздрава Алтайского края

Новости

Бессимптомных больных с коронавирусом в Алтайском крае наблюдают дистанционно



Специалисты Краевого центра медицинской профилактики «Центр общественного здоровья» начали телемедицинские консультации пациентов с COVID-19 с отсутствием симптоматики.

Консультирование проводится при помощи сервиса online-visit.ru, в который пациент может войти, имея учетную запись на портале «Госуслуги». Консультацию можно получить в разделе «Консультация COVID-19», их предоставляют дежурные врачи – специалисты учреждений здравоохранения.

Для пациентов эти консультации бесплатные.

К сервису телемедицинских консультаций на этой неделе присоединились пять врачей КЦМП, это врачи общей практики и терапевты. Они имеют высшую квалификационную категорию и большой стаж работы.

Татьяна Репкина, главный врач Краевого центра медицинской профилактики, пояснила:

– В начале мая на базе КЦМП был открыт Центр дистанционного мониторинга пациентов с COVID-19

с отсутствием симптоматики. К телефонному наблюдению теперь добавлены телемедицинские консультации пациентов с коронавирусом, которые проходят лечение дома. Это сделано для того, чтобы снизить количество контактов пациентов, в том числе с медицинскими работниками. Телемедицинские консультации позволяют онлайн проводить мониторинг состояния здоровья пациента. Используется специальный опросник, утвержденный Минздравом Алтайского края. В случае ухудшения состояния пациенту будет предложена госпитализация или информация будет передана медицинским работникам, посещающим пациента на дому. Если у пациента самочувствие удовлетворительное, он чувствует себя хорошо и соблюдает режим самоизоляции, то он остается под наблюдением. На 10-й и 12-й день у него возьмут тест, при двух отрицательных результатах его снимут с наблюдения. На 12 мая под наблюдением находятся 45 пациентов. Большая часть из них соблюдают режим самоизоляции, они привержены терапии. Но есть, к сожалению, пациенты, нарушающие режим самоизоляции, информацию о них мы передаем в ГУ МВД по Алтайскому краю.

Елена Клишина.

Фото Натальи Камышевой

Мифы о прививках

Стоит ли их делать в разгар пандемии, как должна проводиться вакцинация в период пандемии коронавируса, можно ли прививками перегрузить иммунную систему, что будет, если отказаться от них вовсе, рассказала «РГ» заведующая отделением вакцинопрофилактики детей с отклонениями в состоянии здоровья и семейной вакцинации «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России Наталья Ткаченко.

– Нужно делать плановые прививки ребенку в разгар эпидемии коронавируса?

– Категорического запрета на плановую вакцинацию детей пока не было. По совершенно понятной причине: если отказаться от прививок, то через 3–6 месяцев мы получим вспышки других заболеваний, в числе которых – коклюш, пневмококковая инфекция, корь, краснуха, паротит, ветрянка и другие. Даже в условиях эпидемии коронавируса вакцинация должна проводиться, но с соблюдением всех мер предосторожности.

– Стоит опасаться, что из-за прививки ослабнет иммунитет ребенка?

– Нет... Прививка стимулирует иммунитет, она заставляет его вырабатывать антитела против инфекции. Суть вакцинации – это обучение иммунной системы.

Активный иммунитет, который мы приобретаем к инфекционным болезням, можно получить только двумя способами: переболеть или сделать прививку. Первый способ опасен тем, что сложно предсказать, как человек будет болеть: легко или очень тяжело.



Суть вакцинации – это обучение иммунной системы.

– Можно прививками перегрузить иммунную систему?

– Многие боятся прививаться, а уж использовать комбинированные многокомпонентные вакцины тем более! Например, есть шестивалентная вакцина против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, вирусного гепатита В и гемофильной инфекции. Приходят родители и просят все сделать по отдельности, чтобы уменьшить «нагрузку» на иммунную систему ребенка. То есть предлагают сначала три раза сделать прививку от полиомиелита, потом отдельно три раза от коклюша, дифтерии, столбняка и гепатита В. О чем они беспокоятся? Вакцина полиомиелитная инактивированная содержит 3 антигена, противокклюш-

ная – столько же, против дифтерии и столбняка – по одному антигену. Для сравнения: нагрузка цельноклеточной вакцины АКДС, которая начала применяться во второй половине XX века в Советском Союзе и до сих пор широко используется, равна трем тысячам антигенов. Почувствуйте разницу: три тысячи или всего десять антигенов! От чего вы хотите освободить ребенка? Современные вакцины высокоэффективны, хорошо переносятся, не угнетают иммунную систему, а, скорее, наоборот, стимулируют ее.

Осторожность в прививках необходима при врожденном или приобретенном иммунодефиците, например, в том случае, когда ребенок получает иммуносупрессивную терапию, которая снижает иммунный ответ организма. В частности, абсолютно противопоказана вакцинация

живыми вакцинами после трансплантации почки, печени, сердца, легких, а также детям с онкологическими заболеваниями, которым назначена химиотерапия. Живые вакцины противопоказаны также при беременности, поэтому позаботиться о своем здоровье и здоровье будущего ребенка женщина, планирующая беременность, должна заранее!

– Какие бывают противопоказания для того, чтобы на время отложить вакцинацию?

– Если ребенок заболел, к примеру, у него температура или понос, рвота, тогда на некоторое время вакцинация откладывается. Но нужно смотреть на общее состояние пациента. Если болезнь протекала легко и это была обычная сезонная респираторная инфекция без высокой температуры, то на самом деле через 2–3 дня после нормализации температуры прививку можно делать. Если болезнь сопровождалась лихорадкой, ребенок лечился антибиотиками, лучше подождать, иногда необходимо отложить вакцинацию до месяца. Зависит от того, как будет улучшаться состояние.

– Насколько оправданы прививки в грудном возрасте? Можно от них отказаться?

– Когда 1,5 года назад мы проводили анкетирование родителей по вакцинации детей против пневмококковой инфекции, которая начинается в 2 месяца, то были удивлены. Это одна из самых ранних вакцин в Национальном календаре профилактических прививок России. В тех случаях, когда эта вакцинация не проводилась, мы ожидали на первом месте увидеть отказы родителей от нее. Но были страшно удивлены, когда на первое место вышли рекомендации врача. Причем зачастую это были не письменные медотводы, а устные советы об отказе или переносе сроков иммунизации! Это был шок, потому что наиболее тяжело пневмококковая инфекция протекает именно у ребенка самого раннего возраста. Если это

отит – то гнойный, с частыми осложнениями, если пневмония, то она зачастую приобретает деструктивный характер. Кроме того, именно у маленьких детей отмечается самый высокий уровень заболеваемости пневмококковыми менингитами!

Новорожденный ребенок рождается «стерильным». Сразу после рождения его иммунная система сталкивается с огромным количеством антигенов. Это всевозможные бактерии, которые находятся вокруг, вирусы, пищевые антигены, например, те, что он получает с молоком матери, антигены пылевые и пыльцевые. Но его иммунная система с этим благополучно справляется. Другое дело, что она еще не обучена и не готова сопротивляться инфекционным болезням. Вакцинация восполняет собой эту слабость, позволяя заблаговременно вырабатывать антитела к разным инфекциям.

Живые вирусы содержатся в вакцинах против кори, краснухи, ветряной оспы, паротита, полиомиелита.

– Бывает, что организм не может справиться с вирусом или микробом, который содержит вакцина?

– На самом деле большинство вакцин – неживые. Это значит, что инфекционный агент в них предварительно умерщвлен. Более того, часто они содержат лишь часть бактериальной клетки или вируса. Это касается прививок от вирусных гепатитов А и В, вируса папилломы человека, полиовируса, коклюша, дифтерии, столбняка. Любая инактивированная вакцина не содержит патогена, который вызывает болезнь. Живые вирусы содержатся в вакцинах против кори, краснухи, ветряной оспы, паротита, полиомиелита, но культуры в них настолько ослаблены, что не способны размножаться в организме. Они не вирулентны, то есть не могут причинить вреда организму, в отличие от инфекции.

– Что будет, если вообще отказаться от прививок?

– Как только падает процент охвата вакцинацией населения в каком-либо регионе, там возникает вспышка инфекции. Так было в 90-е

годы в России. Советский Союз распался в 1991 году, и уже в 1993–1994 годах было зарегистрировано порядка 40 тысяч случаев дифтерии в Российской Федерации. В 2011 году Европа получила мощнейшую вспышку кори, когда резко упала привитость населения против этого заболевания. Тогда и в Российской Федерации был отмечен резкий подъем заболеваемости корью, и мы тоже были вынуждены последние несколько лет активно проводить догоняющую вакцинацию взрослых против кори. Не будет вакцинации от гриппа – будут вспышки гриппа, колоссальные вспышки.

– Насколько эффективна прививка от гриппа, учитывая, что вирус постоянно мутирует?

– Истинная мутация – это то, что произошло с коронавирусом: где, когда и как он мутировал, на этот вопрос не ответит никто. Доподлинно неизвестно, когда конкретно появится эффективная вакцина. А когда мы говорим о вакцинации против гриппа, это рутинная вакцинация, это обыденное дело для человечества. Истинных мутаций встречается не так уж и много. На самом деле это просто чередование видов гриппа А и гриппа В. Все штаммы хорошо известны, пути распространения гриппа тоже понятны и изучены. Как правило, шестилетний грипп начинается с Юго-Восточной Азии, где сезонная вспышка начинается весной. Штаммы отбираются, исследуются, и уже летом производится вакцина для других территорий. Выбранную вакцину запускают в производство, чтобы в дальнейшем опередить волну гриппа, которая неизбежно придет.

От себя добавлю, что в предстоящем эпидсезоне 2020–2021 годов особое внимание надо уделить именно вакцинации против пневмотропных инфекций, таких как грипп, пневмококковая инфекция и коклюш.

Елена Манукиян/ Российская газета – Неделя № 101(8155)

На дачу - с тонометром и аптечкой

Во вторую субботу мая отмечается Всемирный день борьбы с артериальной гипертонией. В России эта дата практически совпадает с открытием дачного сезона – периода, когда количество обострений гипертонической болезни увеличивается. Главный внештатный кардиолог Минздрава Алтайского края Анна Ефремушкина напомнила жителям края о том, что дачный сезон нужно, по возможности, прожить без осложнений.



– Насколько тема гипертонии актуальна для нашего региона?

– Она весьма актуальна не только для нашего региона, но и для страны и всего мира. Именно с отсутствия контроля артериального давления начинается большая часть проблем, связанных с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, прежде всего атеросклероза, ишемической болезни сердца, инфаркта, инсульта, хронической болезни почек. Количество



пациентов, страдающих данным заболеванием, в крае около 500 тыс. человек, при этом женщины подвержены гипертонической болезни чаще, чем мужчины.

– Правда ли, что гипертония «молодеет» и ей подвержены люди достаточно молодого возраста?

– Гипертония поражает как молодых, так и более взрослых пациентов. У молодых людей (18–45 лет) она отличается повышением диастолического («нижнего») артериального давления (АД). Причины повышения АД в возрасте до 45 лет в 10% случаев могут быть обусловлены определенными (вторичными) причинами – заболеваниями почек, эндокринными заболеваниями, синдромом обструктивного апноэ сна и другими.

Следует отметить так называемую «маскированную» артериальную гипертонизию, встречающуюся чаще у молодых пациентов, чем у пожилых. «Маскированная» гипертония (так называемая скрытая) характеризуется тем, что на приеме у врача показатели артериального давления пациента будут в норме, а при измерении дома или на работе – повышенными. У таких пациентов чаще встречаются ожирение, сахарный диабет, имеются скрытые (без клинических проявлений) поражения почек, сосудов, сердца, головного мозга. И чаще «маскированную» гипертонию можно встретить у курящих людей. Эти проблемы трудно выявить, поэтому таких пациентов сложнее лечить. Первым проявлением гипертонии у них могут

быть весьма серьезные осложнения: различные сосудистые катастрофы, прежде всего инсульты и инфаркты.

Еще один вид гипертонии, который встречается у молодых, – это гипертония беременных. Выделяют несколько видов: развившаяся до беременности, но выявленная во время, диагностированная в различные периоды беременности, а также гипертония, спровоцированная беременностью. Поэтому беременным женщинам, имеющим факторы риска, поражения органов-мишеней (сердца, почек, сосудов, головного мозга), сахарный диабет, нужно обязательно следить за уровнем своего давления, чтобы своевременно диагностировать наличие гипертонии и начать адекватно ее лечить.

У мужчин одним из признаков гипертонии может стать возникновение эректильной дисфункции: при гипертонии она встречается чаще, чем при нормальном давлении. Поэтому эректильная дисфункция может стать поводом для тщательного контроля артериального давления, возможно, с проведением суточного обследования (мониторирование АД). При выявлении гипертонии и при адекватном ее лечении эректильная дисфункция может восстановиться.

– Можно ли жить с гипертонией, не подозревая о том, что она есть?

– Это очень распространенный сценарий, тем более что мы все уверены, что нас такое заболевание никогда не коснется. Необходимо контролировать факторы риска и вести здоровый образ жизни, а также, имея кровных родственников-гипертоников, измерять артериальное давление и вовремя проходить диспансеризацию.

– Есть ли взаимосвязь между весенне-летним сезоном дачных работ и увеличением случаев обострения гипертонической болезни?

– Связь непосредственная. Дачный сезон – это в первую очередь увеличение физической нагрузки, непривычная для большинства работа на солнце, работа в наклон, баня, шашлык, алкоголь.

– Какие меры нужно предпринять, чтобы избежать гипертонического криза на даче, вдали от врачей?

– Желательно не работать в самое жаркое время дня, отказаться от контрастных водных процедур (ледяной душ после бани), не поднимать тяжести, не находиться долго в согнутом положении вниз головой, а полоть грядки, сидя на скамеечке, соблюдать питьевой режим и придерживаться сбалансированного рациона, исключив крепкие напитки и тяжелую пищу. Под рукой всегда должна быть аптечка с тонометром и назначенными врачом препаратами от давления.

Необходимо постоянно принимать назначенные врачом препараты, не употреблять более 5 граммов соли в сутки, соблюдать режим труда и отдыха. Кроме того, каждый пациент с гипертонией должен наблюдаться врачом-терапевтом не менее двух раз в год, что позволит избежать развития обострений и осложнений.

– Чем опасен гипертонический криз, у кого может произойти с наибольшей вероятностью? Стресс может стать причиной криза?

– Гипертонический криз – это неотложное состояние, при котором значительное повышение АД (более 180 и/или 110 мм рт. ст. по верхней и нижней границе соответственно) ассоциируется с острым поражением органов-мишеней, нередко жизнеугрожающим. Оно требует немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД, обычно с помощью препаратов, вводимых внутривенно. Гипертонические кризы должны лечиться только в лечебных учреждениях, так как повышение артериального давления может быть связано с развитием острой ишемии сердца и головного мозга, острым ухудшением функции почек.

Для гипертонического криза характерно резкое повышение артериального давления, которое сопровождается интенсивной головной болью в затылочной и височной областях. Она может сопровождаться тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, нарушением зрительных функций, эмоциональным возбуждением, покраснением кожных покровов, болью за грудиной. Это наиболее распространенные симптомы гипертонического криза.

ВОЗ рекомендует

Профилактика повышения кровяного давления

Здоровое питание. Вести здоровый образ жизни и уделять особое внимание надлежащему питанию детей и молодых людей; уменьшать потребление соли до менее 5 г в день (чуть менее одной чайной ложки); съедать пять порций фруктов и овощей в день; уменьшать потребление насыщенных жиров и общее потребление жиров. Избегать вредного употребления алкоголя, то есть ограничивать потребление одной стандартной дозой алкоголя в день.

Физическая активность. Регулярно поддерживать физическую активность и поощрять физическую активность детей и молодых людей (минимум 30 мин. в день); поддерживать нормальный вес: потеря каждых 5 кг лишнего веса может способствовать снижению систолического кровяного давления на 2–10 пунктов.

Отказ от вредных привычек. Прекратить употребление табака и воздействие табачной продукции.

Управление стрессом такими здоровыми способами, как медитация, надлежащие физические упражнения и позитивные социальные контакты.

Но все-таки чаще у гипертоников на фоне стресса, отсутствия приема препаратов, при перемене погоды и чрезмерной физической нагрузке возникает повышенное АД, возможно, с головной болью в затылочной области, тошнотой, мельканием мушек перед глазами. Но при этом остро не поражаются органы-мишени, о которых было сказано выше. У этих пациентов снижение АД обычно может проводиться дома или в поликлинике, чаще всего посредством приема таблеток, которые назначает врач или фельд-

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 10-11»

шер скорой медицинской помощи.

– Как правильно оказывать первую помощь при гипертоническом кризе?

– Все зависит от степени выраженности криза. Если это осложненный криз, то необходимо вызвать скорую помощь. Если при кризе нет осложнений, то мы рекомендуем принимать препараты, назначенные лечащим врачом пациенту индивидуально. Чаще всего это моксонидин, каптоприл, клофелин.

Если вы заметили у себя или близкого человека один или несколько из перечисленных выше симптомов, то до приезда скорой помощи можно сделать следующее: больному нужно помочь принять полусидячее положение; обеспечить ему доступ свежего воздуха. Можно приложить к икроножным мышцам горчичник или горячую грелку. До приезда скорой необходимо измерить давление и дать препарат, который был назначен врачом.

Важно!

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет гипертонию как «состояние, при котором кровяные сосуды постоянно испытывают повышенное давление... Нормальное кровяное давление у взрослых людей определяется как кровяное давление на уровне 120 мм Hg1 в момент сокращения сердца (систолическое) и кровяное давление на уровне 80 мм Hg в момент его расслабления (диастолическое). Кровяное давление считается повышенным или высоким, если систолическое кровяное давление равно или превышает 140 мм Hg и/или диастолическое кровяное давление равно или превышает 90 мм Hg».

Подготовила Елена Клишина

В надежных руках



Женское здоровье – тема деликатная. Для полного устранения возникающих трудностей важно вовремя обращаться к специалисту. В поиске лечащего врача пациенткам важен его опыт и квалификация, чтобы всецело можно было доверить самое ценное – репродуктивное здоровье. В краевой столице таких врачей, к счастью, немало. В их числе – акушер-гинеколог Любовь Никитина, которая 35 лет проработала в городской больнице № 4.

В ногу со временем

Уже три года назад в гинекологическом отделении городской больницы № 4 г. Барнаула проводили около 700 полостных и влагалищных операций (в год) с минимальным процентом ослож-

нений. Это говорит о высоком профессионализме специалистов отделения.

Эндоскопический метод оперативных вмешательств является приоритетным уже несколько лет. Не менее 70% гинекологических операций проводятся таким способом. В их числе удаление

Справка

Любовь Ивановна Никитина обладает высоким уровнем общей врачебной и специальной подготовки по гинекологии, в совершенстве владеет профессиональным мастерством, имеет высшую квалификационную категорию.

В 2006 году заняла 1-е место в городском конкурсе «Лучший врач города Барнаула».

доброкачественных опухолей женских половых органов (кисты яичника, миомы матки), а также хирургические манипуляции, связанные с эндометриозом и бесплодием. Еще одно направление эндоскопии в гинекологическом отделении горбольницы № 4 – развитие внутриматочной хирургии.

Любовь Никитину по праву считают лучшим специалистом в отделении по влагалищной хирургии. Врач высшей категории со стажем больше 30 лет имеет и блестящую теоретическую подготовку, и огромный опыт практической работы. За год она проводит половину полостных операций от общего числа (надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки, операции при спаечных процессах органов брюшной полости и др.), а также более половины (70%) реконструктивно-пластических влагалищных операций. Причем большую часть из них Любовь Никитина выполняет самостоятельно. Так, за три года она провела 215 влагалищных операций (70% от общего числа).

Коллеги отмечают, что она в совершенстве владеет всеми объемами гинекологических операций, но основным приоритетом ее хирургической деятельности являются реконструктивно-пластические операции при пролапсе гениталий различной сложности. С каждым годом в отделении увеличивается количество женщин, страдающих этими проблемами. Причем возраст пациенток значительно снизился.

Пролапс гениталий – не только эстетическая проблема. Это и недержание мочи, и атрофические изменения и, как следствие, сексуальные и психологи-

ческие расстройства. Поэтому вовремя проведенная коррекция анатомических и функциональных нарушений тазового дна значительно улучшает последующее качество жизни таких пациенток.

Как правило, пациентки более молодого возраста обращались к врачам с жалобами на воспалительные процессы. Но в последнее время, по словам специалистов, растет процент гормонозависимых заболеваний. Чем старше женщина, тем больше доля доброкачественных опухолей половых органов. Нередки и злокачественные процессы. С такими патологиями врачи также научились справляться при помощи различных методов.

Так, Любовь Никитина владеет многими техниками внутриматочной хирургии. В числе первых она освоила резектоскопию. В настоящее время она проводит абляцию эндометрия, удаление субмукозных узлов, синехий полости матки, рецидивирующих полипов и другие хирургические манипуляции. Несмотря на то, что Любовь Ивановна проводит большое количество сложных операций, процент осложнений у них – минимальный.

Все лучшее – людям

С 2013 года гинекологическое отделение горбольницы № 4 г. Барнаула участвует в государственной программе «Развитие здравоохранения». Здесь оказывают высокотехнологичную помощь пациенткам репродуктивного возраста с различными патологиями. Сейчас с каждым годом доля пациенток с нарушением менструальной функции увеличивается. И эти нарушения молодеют по сравнению с воспалительными процессами гениталий, процент которых становится меньше. Рост гормонозависимых заболеваний в свою очередь ведет к росту нарушений репродуктивной функции, отмечают гинекологи.

Чтобы помочь как можно большему числу женщин, специалисты гинекологического отделения не только постоянно повышают свою квалификацию, но и передают накопленные знания следующим поколениям докторов.

Так, Любовь Никитина, будучи профессионалом высокого класса, соче-

Только факты

Гистероскопия в гинекологическом отделении городской больницы № 4 проводится с 1985 года, резектоскопия – с 2011-го. С 2013 года, после приобретения высокочастотного аппарата ERBE с приставкой для биполярной резектоскопии, значительно увеличилась возможность внутриматочных вмешательств.

Резектоскопия – осуществление различного рода оперативных вмешательств в полости матки специальным инструментарием, который вводится через естественные половые пути. При этом не производится вскрытие брюшной полости и не нарушается анатомическая целостность организма женщины. Резектоскопия является малоинвазивной операцией. Благодаря ей послеоперационный реабилитационный период значительно сокращается.

тает занятия практической медицины и обучение (наставничество) молодых врачей и ординаторов. Обладая педагогическими способностями, Любовь Ивановна передает свой богатый опыт молодым врачам, интернам и ординаторам, среди которых пользуется огромным уважением. Она обучает молодых хирургов не только профессии, но и быть терпимыми, заботливыми, чуткими и выдержанными врачами.

Акушер-гинеколог постоянно совершенствует свою работу, внедряет новые медицинские технологии и методики, которые позитивно влияют на лечебный процесс. Коллеги называют Любовь Ивановну неумолимым новатором – она старается внести в работу все лучшее как в диагностике, так и в лечебном процессе, никогда не останавливаясь на достигнутом.

Подготовила Ирина Савина

«Настройки» в голове

Три года назад пользователи соцсетей запустили флешмоб с названием «У депрессии нет лица», выкладывая свои фото и фотографии своих родственников за несколько дней до попытки суицида. Суть флешмоба – показать, что человек, страдающий депрессией, внешне ничем не отличается от окружающих: он может смеяться, улыбаться, но по-настоящему радоваться жизни и быть счастливым он не умеет.

Врач-психотерапевт **Ростислав Юсупходжаев** рассказал о том, что провоцирует возникновение депрессии и как распознать это заболевание.



Три плюс семь

– Врачи выделяют три основных и семь дополнительных признаков, по которым можно определить заболевание и степень его тяжести. При легкой степени депрессии присутствуют два основных и два дополнительных критерия. При умеренной – два ос-



новных и четыре дополнительных, при тяжелой – три основных и пять дополнительных.

Гормонов не хватает

– Причинами депрессии могут служить генетическая предрасположенность, различные заболевания. Ее также могут вызвать трудные жизненные ситуации и сопутствующие им переживания, психологические травмы. Депрессия возникает потому, что в головном мозге нарушаются определенные биохимические процессы, связанные с выработкой гормонов норадреналина, серотонина и дофамина.

Норадреналин отвечает за хорошее настроение, позитивное восприятие реальности. Серотонин помогает нейронам «общаться» между собой, и если его становится меньше, то у человека возникает ощущение подавленности, угнетенности, исчезает интерес. От дофамина зависит уровень мотивации, чувство удовольствия, удовлетворения.

Препараты, назначаемые для лечения депрессии (антидепрессанты), нормализуют выработку этих гормонов. Многие думают, что антидепрессанты вызывают привыкание. На самом деле, ничего плохого в них нет. Препараты нового поколения не мешают жить и работать, не вызывают сонливости, сонливость и внимание на фоне их приема остаются работоспособными. Их эффективность составляет 70%.

Мнение о том, что выработку серотонина увеличивает употребление в пищу определенных продуктов (бананов, шоколада и др.), ошибочно. Лучший способ «поднять серотонин» – физическая активность: после умеренной тренировки настроение, как правило, улучшается. На втором месте – другие занятия, приносящие удовольствие: творчество, хобби, общение с друзьями. Курение, алкоголь, наркотики – худший способ ощутить радость жизни, приносящий новые проблемы физического и психологического (а порой и психического) характера. Но опасность

На заметку

Основные диагностические признаки депрессии:

- сниженное настроение в течение двух недель и более;
- утрату прежних интересов, невозможность испытывать удовольствие, апатию, нежелание что-либо делать;
- упадок сил, утомляемость, снижение активности.

Дополнительные признаки:

- снижение способности сосредотачивать внимание, рассеянность;
- снижение самооценки, чувства уверенности в себе;
- чувство вины по любому поводу;
- мрачное, пессимистическое видение будущего;
- суицидальные мысли;
- нарушение сна;
- снижение аппетита.

депрессии заключается в том, что человек не хочет ни общения, ни занятий спортом, ни творчества. Поэтому и назначают антидепрессанты.

Депрессия – это болезнь. Многие думают, что депрессия – это слабость характера, и советуют взять себя в руки. Такие советы не помогут. Депрессия ухудшает все виды деятельности: влияет на работоспособность, отношения с людьми и т. д. Депрессия более распространена, чем принято думать.

Проще говоря

– Самое простое объяснение депрессии: когда кажется, что все плохо и выхода нет. У нас у каждого есть определенный набор решений для разных ситуаций. Если возникает

ситуация, для которой в голове нет решения, то она становится неразрешимой. Но для другого человека ее решение будет простым и очевидным. Для кого-то развод – это конец света, а для другого – радость и новая жизнь.

Бывает и так, что человек после череды проблем и неурядиц, которые он не смог решить, сдаётся и перестает что-то предпринимать. Проблемы сыплются, а он не ищет способа их решить. Проблему решить можно, нужно только посмотреть на нее с другого ракурса, для этого и нужен психотерапевт. Суть психотерапии – научить человека позитивному, правильному мышлению, чтобы он мог увидеть другие варианты, другие способы решения.

Чувства не спрячешь

– Спусковыми факторами депрессии могут стать социальные причины: изменение социального положения или потеря работы, возрастные кризисы, разрыв отношений, смерть близких, крупные материальные потери.

Депрессия может стать результатом целого ряда психологических процессов, например подавления сильных чувств (гнева, любви, радости, стыда и т. д.). В этом случае чаще всего развивается соматизированная депрессия (жалобы на боли при нормальном настроении). Многие не умеют выражать свои чувства и используют только две крайности: держать все в себе либо начинать всех ненавидеть. Но есть и золотая середина – высказать то, что не нравится, то, что переживаешь.

Депрессия может возникнуть из-за постоянного чувства вины, самобичевания. Вина – это ответственность, и люди думают, что они отвечают за все – за других людей, за события, которые происходят. Но человек должен понимать, что несет ответственность только за себя самого и за своего ребенка до его совершеннолетия.

Депрессия может быть вызвана психотравмой, полученной в ситуации, угрожавшей жизни человека (военные действия, природные и техногенные катастрофы, теракты, изнасилование, нападение с угрозой смерти).

Потеря смысла жизни также может привести к депрессии, особенно если

Справка

Виды депрессии:

- **соматогенные**, которые возникли из-за болезней тела (инсульта, других повреждений мозга, на фоне снижения функции щитовидной железы и т. д.). Для женщин характерны депрессии, связанные с изменением гормонального фона (климакс, после родов). В этом случае сначала нужно лечить то заболевание, из-за которого возникла депрессия;
- **эндогенные**, вызванные генетическими факторами;
- **психогенные** (малые депрессии), возникшие на фоне трудных жизненных ситуаций и переживаний. При их лечении на первое место выходит психотерапия;
- **соматизированные депрессии**: при достаточно нормальном настроении у пациента очень много жалоб на различные боли и неприятные ощущения (головокружения, пошатывания, подергивание конечностей, волны жара и холода, не хватает воздуха, боли в желудке и т. д. – «все болит»), причины которых не могут установить узкие специалисты. Если лечение не приносит результатов, пациенту нужно посетить психотерапевта;
- **соматогенизированные**, возникшие на фоне заболевания или на фоне приема препаратов (гормональных, гипотензивных);
- **реактивные психогенные депрессии**, возникающие в ответ на психотравмирующую ситуацию, стресс.

смысл жизни заключается в чем-то одном: детях, работе. Дети вырастают и уезжают, с возрастом от работы приходится отказаться. Поэтому чем больше у человека того, ради чего стоит жить, тем лучше.

Корни депрессии и суицидальных намерений иногда могут произрастать из детства – если взрослые сознательно или неосознанно транслировали

Продолжение на стр. 16 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 14-15»

предписание «не живи» («зачем я тебя вообще родила», «чтоб ты содох» и т.д.). Все зависит от того, насколько ребенок воспримет и интерпретирует эти фразы, насколько они осядут в нем.

Или же родители возлагали на ребенка ответственность, несоответствующую с его возрастом, – заставляли заботиться о младших детях, лишая его детства. Из не по возрасту ответственных детей вырастают взрослые, не научившиеся радоваться жизни, не умеющие отдыхать и расслабляться, быть спонтанными. То есть трудоголики, которые умеют загонять себя.

От головы зависит

– Депрессия может также возникать как результат негативного мышления. Если человек привыкает думать только о плохом, негативно воспринимать ситуации, то с большой вероятностью у него возникнет депрессия.

К этому заболеванию могут приводить следующие когнитивные ошибки:

- **недооценка и переоценка**, когда человек думает, что ничего не может, ничего не значит, или, наоборот, переоценивает свои силы, думает, что все может;
- **персонализация** – думать, что он за все отвечает;
- **дихотимизм мышления** – либо все хорошо, либо все плохо, среднего не дано;
- **катастрофизация** – видеть только самые плохие варианты развития будущего, ситуации, своей жизни;
- **долженствование** – «другие люди мне должны», «я должен»;
- **персональные контракты**: человек ставит себе условие и верит в успех в результате его соблюдения («если я буду добрым, все будут меня любить»);
- **негативное самопророчество** – что человек сам себе придумывает, то и происходит.

Иногда достаточно попробовать заменить фразы, которые звучат в голове. Например, вместо «я ничего не могу» говорить «я не могу сделать это, но могу сделать что-то другое», вместо «я всегда был и буду неудачником» думать «успех зависит не только от меня, но и от других людей и обстоятельств».

Подготовила Елена Клишина

Здоровый фундамент

По официальным данным*, средняя продолжительность жизни мужчин в 2019 году в России составила 68,5 года.

У женщин показатель еще выше – 78,5. В 2000-м средняя продолжительность жизни в нашей стране была на отметке 65,3 года. Улучшение показателей врачи связывают не только с повышением уровня медицины, но и с ростом качества питания. Сегодня вектор развития медленно, но верно продолжает разворачиваться в сторону здорового образа жизни. Россияне все чаще включают в свои рационы продукты функционального и спортивного питания. Что это такое и как они помогают обогатить повседневное меню – узнаем у экспертов.

Польза в каждой крошке

15 лет назад в России был принят и опубликован ГОСТ Р 52349–2005. Согласно стандарту, функциональные продукты питания – это пищевые продукты, которые обладают тремя признаками. Во-первых, они предназначены для систематического употребления людьми любого возраста. То есть должны

входить в ежедневный рацион. Во-вторых, они снижают риск возникновения заболеваний, связанных с питанием (атеросклероз, ишемия, диабет 2-го типа, рак, остеопороз). И в-третьих, в своем составе имеют физиологически функциональные пищевые ингредиенты – белки, витамины, макро- и микроэлементы, флавоноиды, полиненасыщенные жирные кислоты, клетчатку, пробиотики и пребиотики.



«Это продукты питания, которые обладают научно обоснованными и подтвержденными оздоравливающими свойствами. Они снижают риск заболеваний, предотвращают или восполняют в организме дефицит питательных веществ, сохраняют и улучшают здоровье за счет наличия в их составе функциональных пищевых ингредиентов. Их доля в составе продукта должна быть не менее 15% от суточной физиологической потребности в расчете на одну порцию продукта, – поясняет руководитель испытательного центра пищевых продуктов и сырья АлтГТУ **Лариса Мелешкина**. – Изготовитель такого продукта доказывает и гарантирует заявленное количество функциональных пищевых ингредиентов в каждой партии».

Способы производства функциональных продуктов бывают разные. Предприятия могут изменять состав сырья, вносить дополнительные ингредиенты – орехи, сухофрукты, пряности, экстракты лекарственных растений, создавая композиции с более высокой пищевой ценностью, обогащать продукт поливитаминными премиксами. Также при выпуске функциональных продуктов предприятия часто исключают из его состава какие-либо компоненты, отрицательно влияющие на здоровье. Например, п и щ е в у ю соль.

«Существуют две основные категории функциональных продуктов. Первая – продукты, содержащие в натуральном виде то количество функциональных ингредиентов, которое необходимо. Например, соки прямого отжима. Ко второй относятся продукты, дополнительно обогащенные функциональным ингредиентом. С его помощью компенсируют компонент, которого не хватает. Например, йод, добавляемый в соль, хлеб или молоко, – говорит диетолог Краевого центра медицинской профилактики «Центр общественного здоровья» **Ксения Чуманова**. – Функциональные хлебобулочные изделия зачастую содержат добавленный кальций, витамины группы B, а также PP. Цельнозерновой хлеб и отруби богаты пищевыми волокнами. Такие продукты рекомендованы людям среднего и пожилого возраста. Для тех, чья деятельность связана с активным физическим трудом (например, шахтеры), мучные изделия витаминизируют и добавляют в них повышенное количество белка».

Тем, у кого нет регулярной интенсивной физической нагрузки (офисные работники), диетологи рекомендуют употреблять хлебобулочные изделия со сниженной калорийностью. «Молочные продукты также могут быть обогащены различными веществами. Существуют отдельные группы молочных продуктов – для детей и пожилых людей (лечебное питание с добавлением пробиотиков и пребиотиков), для школьников и студентов (продукты с минералами и микроэлементами), для тех, кто занимается физическими тренировками, – молочные продукты со сбалансированным составом», – поясняет специалист.

Функциональные продукты животного происхождения сегодня наиболее исследуемый класс физиологически активных компонентов. Особый интерес вызывают омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, о пользе которых врачи говорят уже очень давно. Эти кислоты содержатся преимущественно в жирной рыбе, а также в маслах тропических фруктов. «В перечень функциональных продуктов животного происхождения входят и жиры, в которых исключены вещества, вредные для здо-

К слову

Сегодня законодательство Евразийского экономического союза не позволяет маркировать продукцию наименованием «функциональное питание». Но при этом допустим термин «обогащенная пищевая продукция». Она содержит различные пищевые, биологически активные вещества или пробиотические микроорганизмы. Обогащенным может быть хлеб, пшеничная мука, молочная продукция, различные зерновые завтраки, макаронные и крупяные изделия, кондитерская продукция и так далее.

Также в группу функциональных продуктов входят различные безалкогольные напитки: соковая продукция из фруктов (включая ягоды) и овощей, витаминизированные кисели, бальзамы, сухие напитки на растительной основе.

ровья (например, холестерин), а кроме того, группы витаминов, которые лучше усваиваются в жирах, – A, D, E, K, витамин B₆, – продолжает Ксения Чуманова. – Напитки тоже могут обладать функциональным статусом. Их применяют для восстановления дефицита эссенциальных веществ, восполнения энергетических затрат, повышения физической и умственной работоспособности. Существуют чаи для профилактики соматических заболеваний человека».

Пища для чемпионов

Зачастую функциональной пищей называют спортивное питание, но это не совсем верно. «Спортпит – особая группа пищевых добавок для людей, ведущих активный образ жизни, занимающихся спортом и фитнесом, профессиональных спортсменов. Их используют для подготовки к соревнованиям для улучшения спортивных показателей: повышения силы и выносливости, достижения оптимальной массы тела, увеличения мышечной массы и так далее, – поясняет Ксения Чуманова. – Прием спортивного пи-

Продолжение на стр. 18 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 16–17»

тания направлен в первую очередь на дополнение рациона микро- и макроэлементами, которые человек недополучает в ходе тренировок из продуктов повседневного спроса».

По словам эксперта, спортивное питание относится к биологически активным добавкам, поскольку его правильное использование представляет собой дополнение к основному рациону, состоящему из обычных продуктов, а не полной их заменой. По сравнению с привычной едой спортивные добавки требуют минимальных затрат времени и усилий пищеварения на расщепление и всасывание.

Диетолог предупреждает – спортивное питание должен подбирать специалист, который сможет рассчитать необходимое количество

того или иного вещества, а также количество затрачиваемой энергии. «При правильном применении спортивное питание безопасно и не вызывает привыкания, – говорит Ксения Чуманова. – Важно понимать, что спортивное питание подходит только для активных людей, которые занимаются интенсивным физическим трудом, и требует обязательного подбора специалистом. Функциональное питание подходит людям всех возрастных категорий и может периодически дополнять основные приемы пищи».

**4 сентября 2019 года Вероника Скворцова, выступая на Восточном экономическом форуме, заявила о рекордном росте продолжительности жизни в России.*

Ирина Савина

Во второй половине мая ежегодно во всем мире проводят День осведомленности о целиакии. По последним данным, от 1 до 3% мирового населения страдают этим заболеванием. Такая же статистика справедлива и для нашего региона. Но выявленных от этого числа – единицы. Сегодня в Алтайском центре целиакии наблюдаются 135 детей до 18 лет с подтвержденным диагнозом. Как диагностировать целиакию, а самое главное – как научиться с ней жить – в нашем материале.

Целиакия – не аллергия

Ошибочно считается, что целиакия – это аллергия на глютен – белок, содержащийся в определенных продуктах. И хотя глютен является аллергеном и аллергия на него возможна, она встречается гораздо реже, чем целиакия, и у нее другие проявления, отмечают специалисты.

Целиакия (глютеновая энтеропатия) – аутоиммунное заболевание. В норме иммунная система человека способна распознавать инородные для организма вещества (антигены) и вырабатывать антитела к ним. Аутоиммунитет – это состояние, когда клетки иммунной системы образуют антитела к содержащим белок веществам собственного организма. Эта аномальная реакция ведет к проявлениям излишней чувствительности или к аутоиммунному заболеванию.

Целиакия – заболевание, связанное с повреждением слизистой оболочки тонкого кишечника продуктами, содержащими глютен. Оно характеризуется хроническим воспалением этого органа, сопровождается нарушением

Жизнь без глютена



всасывания и возникает в результате непереносимости глютена – белка, который содержится в хлебных злаках: пшенице, ржи и ячмене. В его состав входит вещество, которое оказывает токсическое действие на слизистую и ведет к нарушению абсорбции питательных веществ в кишечнике. Чаще всего (в 85% случаев) полное исключение глютена из рациона вызывает восстановление функциональности тонкого кишечника через 3–6 месяцев.

На заметку

➤ При целиакии отмечаются характерные атрофические изменения ворсинок слизистой оболочки тонкого кишечника.

➤ Заболевание более характерно для женщин, они страдают целиакией в два раза чаще мужчин.

➤ Глютен – белковый комплекс, который находится в верхних оболочках зерен пшеницы, ржи и ячменя. У него особый состав, представляющий собой клейковину.

Симптомы целиакии

Целиакия имеет ряд особенностей, которые не встречаются при других заболеваниях. Ее симптомы могут быть различными, но в более чем половине случаев преобладают: дисфункция желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, газообразование, вздутый живот), отставание в физическом развитии, аллергия, снижение памяти, утомляемость.

Большая часть пациентов не переносят физические нагрузки, очень плохо спят и страдают синдромом «отсутствия чувства отдыха».

Около 60% больных страдают анемией.

Среди менее частых, но значительно ухудшающих самочувствие больных симптомов отмечают: головные боли, задержку развития речи, неврастению, дефицит массы тела, судорожный синдром, остеопатию, патологию щитовидной железы, хронический блефарит и ринит, энурез. Особенно выражены все эти симптомы у детей в возрасте от одного до трех лет. У маленьких детей они появляются после введения в рацион глютено-

содержащей пищи (например, манной каши, печенья или хлеба из пшеничной муки).

Проблемы диагностики

В России зачастую целиакия остается недиагностированной. При подозрении на нее необходимо, чтобы врач знал обо всем, что беспокоит пациента. Также необходимо информировать специалиста о случаях целиакии в семье.

Если речь идет о ребенке, мать должна сообщить, страдает ли он поносами, наблюдается ли потеря веса, постоянная усталость, не было ли многократных переломов, сигнализирующих о возможном остеопорозе.

В таком случае врач назначит анализы, чтобы узнать, есть ли у ребенка анемия, недостаток железа и кровяных белков. Определяющим для диагностики целиакии является исследование венозной крови и микроскопический анализ пробы слизистой кишечника. Последний анализ дает

Продолжение на стр. 20 ➤

На заметку

Основные виды спортивного питания

➤ **Протеины** – спортивная добавка, которая сделана на основе белковых смесей. В пищеварительном тракте протеин расщепляется ферментами до аминокислот, которые всасываются в кровь и затем используются мышцами и другими тканями. Именно белки составляют основу мышечной ткани и являются ключевым диетическим компонентом. Рост мышц возможен только тогда, когда в организме создан положительный азотистый баланс.

➤ **Гейнеры** – белково-углеводные смеси, главная функция которых – увеличение массы тела и быстрое восполнение энергетических запасов.

➤ **Аминокислотные комплексы** – питательные вещества, из которых состоят все белки организма. Организм использует их для собственного роста, восстановления, укрепления и выработки различных гормонов, антител и ферментов. Существует 20 протеиногенных

аминокислот. Из них восемь – так называемые эссенциальные, или незаменимые (организм не может самостоятельно синтезировать их в достаточном количестве). Остальные называют заменимыми.

Также существует ряд аминокислот, которые не входят в структуру белка, но играют важную роль в метаболизме (карнитин, орнитин, таурин, гамма-аминомасляная кислота – ГАМК).

➤ **Жиросжигатели** – способствуют снижению массы тела, делают мышцы более рельефными. Основные механизмы их действия: стимуляция обмена веществ в организме, подавление аппетита, снижение всасывания жиров и углеводов из пищеварительного тракта, блокирование синтеза жира в жировой ткани и выведение лишней жидкости. Наиболее часто они содержат кофеин, L-карнитин, гуарану.

➤ **Витаминно-минеральные комплексы.**

«Продолжение. Начало на стр. 18-19»

возможность поставить правильный диагноз 90–95% больных.

Золотым стандартом диагностики целиакии является гистологическое исследование пробы слизистой тонкого кишечника. Это безболезненная и очень информативная процедура.

Считается, что глютен вызывает атрофию слизистой оболочки тонкой кишки, из-за чего нарушается кишечное всасывание, приводящее к различным расстройствам обмена веществ. Осложнения у поздно диагностированных больных бывают многочисленными и тяжелыми.

Безглютеновый эффект

Сегодня безглютеновая диета – единственный метод лечения целиакии. Исключение ингредиентов, продуктов и напитков, изготовленных из злаков или с их примесями, должно быть абсолютным и пожизненным.

Глютеноносодержащие злаки – пшеница, рожь, ячмень и овес – заменяют рисом, кукурузой, соей, пшеном, гречневой крупой, амарантом и картофелем.

Также можно употреблять овощи, фрукты, мясо и другие продукты, но стоит помнить, что иногда глютен скрывается в продуктах, в которых его наличие трудно предположить. Это так называемый «скрытый глютен».

В рационе больных целиакией должны быть только безопасные для них блюда, приготовленные в домашних условиях при соблюдении правил, исключающих возможный контакт с любыми источниками глютена. Например, даже хлеб для больных целиакией (из кукурузы, гречки и т. п.) должен производиться в помещении, где не может быть пыли от пшеничной муки. В Алтайском крае, как и вообще в России, такой хлеб не производят, его нужно печь самим из безглютеновой муки.

Строгая безглютеновая диета улучшает качество жизни, способствует облегчению или исчезновению проявлений заболевания и значительно снижает риск осложнений. Дело в том, что воспалительные изменения тонкого кишечника прямо пропорциональны количеству глютена в рацио-

не. Кроме того, больные целиакией на полной безглютеновой диете и в хорошей физической форме часто имеют такие проблемы, как низкий вес, дефицит костных минералов, которые при нарушении питания усиливаются.

Эффективность аглютеновой диеты проявляется в уменьшении симптомов интоксикации, нормализации функции кишечника, исчезновении или уменьшении проявлений других симптомов.

У пациента, полностью исключившего из своего питания все источники глютена, быстро появляются признаки улучшения физического состояния. Проходят боли в животе с нормализацией или стабилизацией функции кишечника, нормализуется сон, уменьшается общая слабость и утомляемость, укрепляется мышечная система, приходят в порядок кожа, волосы, ногти, зубы, повышается уровень гемоглобина в крови. У детей в возрасте до трех лет на безглютеновой диете быстро растет масса тела.

Пациентам с целиакией необходимо длительное наблюдение врачом – для контроля соблюдения безглютеновой диеты и общего состояния здоровья. Лечение целиакии подразумевает не только строгую безглютеновую диету, но и корректировку всего питания, а также медикаментозное лечение запущенных форм с осложнениями.

Рацион без глютена

Для безглютеновой диеты подходят следующие продукты и ингредиенты: рис, фрукты, овощи, кукуруза, орехи, картофель, мясо, соя, яйца, гречневая крупа, молочные продукты, пшено, амарант, кофе (в зернах), бобовые.

Категорически запрещены: колбасные изделия, различные полуфабрикаты, консервы мясные, рыбные, овощные, детское баночное питание, мороженое, йогурты, сыры, маргарин, хлопья с добавлением ячменной пасты, кондитерские изделия, карамель, шоколадные конфеты, восточные сладости, повидло промышленного производства, квас, любые соусы, кетчупы и майонезы, растворимый кофе, чаи в пакетиках.

Если у вас есть вопросы или желание общаться с семьями, где также

Это важно!

Правила безглютеновой жизни

1. Все безглютеновые продукты нужно хранить отдельно от остальных.

2. Ребенок на безглютеновой диете должен иметь собственную чашку, тарелку, ложки. Посуда и приборы должны быть яркими, такими, чтобы даже малыш смог их отличить.

3. Нужно иметь отдельные разделочные доски для нарезания безглютенового и содержащего глютен хлеба. Лучше, чтобы они различались формой, размером, цветом.

4. Нужно иметь отдельный нож – как для масла, так и для безмолочного маргарина, если у ребенка есть еще и аллергия на молоко.

5. Если вы готовите одновременно для больного целиакией и для здоровых членов семьи, помните о необходимости постоянно мыть руки. Прежде чем взять в руки безглютеновый хлеб, вымойте их, если перед этим вы резали обычный хлеб.

6. Для приготовления безглютеновой и глютеновой выпечки нужно всегда иметь разные формы.

7. Во время приготовления одновременно глютеновой и безглютеновой выпечки следите, чтобы пыль пшеничной муки не попала в безглютеновую. Лучше сначала приготовить безглютеновую выпечку.

8. Нужно крайне внимательно читать этикетки на всех без исключения покупных продуктах. Даже если на упаковке есть надпись «без глютена» (glutenfree), следы белка в продукте могут быть.

растут дети, больные целиакией, обращайтесь в Алтайский центр целиакии.

Подготовила Ирина Савина по материалам краевой общественной организации «Алтайский центр целиакии»

Минус – в плюс

В перинатальном центре «ДАР» успешно применяют новый метод лечения детей, которые появились на свет в состоянии гипотермии, суть которой в воздействии низкой температуры на мозг ребенка, сегодня считают прорывом в лечении новорожденных с асфиксией.

За два года в «ДАРе» новаторскую терапию прошли 26 малышей.

Три дня в «скафандре»

При рождении эти дети получили низкую оценку по шкале Апгар (3 балла и менее) и не восстановили к 10-й минуте рефлексы, мышечный тонус, сердцебиение и самостоятельное дыхание. При условии, что малыш весит не менее 1800 г, врачи принимают решение о сеансе гипотермии.

На малыша надевают специальный многослойный костюм либо используют систему охлаждения. В полость подается вода и охлаждается специальным аппаратом. В течение нескольких часов после рождения происходит охлаждение до 33,5–34°. Длится сеанс 72 часа. Таким образом врачи снижают интенсивность метаболических процессов в головном мозге и предотвращают гибель клеток центральной нервной системы на фоне перенесенной гипоксии. Губительный эффект кислородного голодания нивелируется.

Еще недавно специфического лечения такого поражения ЦНС не существовало. Это вызывало целый каскад необратимых патологических процессов, а стандартная помощь такому крохе предусматривала только



поддержку функционирования жизненно важных органов – ребенок с большой долей вероятности оставался с тяжелыми нарушениями ЦНС.

«В центре «ДАР» через процедуру гипотермии прошли уже 26 новорожденных. Малыши, которые были направлены на процедуру сразу же после рождения, сейчас ничем не отличаются от сверстников. Из центра они были выписаны в удовлетворительном со-

Справка

Впервые данную методику применил советский акушер-гинеколог **Сергей Копшев**. В 1985 году он опубликовал исследование, результаты которых тогда никто не принял всерьез. Его методика краниоцеребральной гипотермии была довольно примитивной (малышам надевалась только охлаждающая шапочка), но и она показала, что рациональное зерно в идее есть. Ученый исследовал 197 детей: из них 168 прошли процедуру – только треть из них в итоге имели неврологические аномалии. В то время как у тех, кто через процедуру не прошел, отклонения зафиксированы в 70% случаев.

стоянии, – рассказывает заместитель главного врача по педиатрической помощи **Олег Зуйков**. – Сложнее ситуация с малышами, которых привезли в «ДАР» из районов края. Чтобы не допустить необратимых процессов в ЦНС, важно начать сеанс в первые 6 часов после рождения – время, которое врачи называют золотым часом.

Полгода назад у нас появился второй – мобильный – аппарат для гипотермии. За малышом выезжает бригада дистанционно-консультативного центра и начинает охлаждать малыша уже во время транспортировки обратно в «ДАР». Замечу, что наших врачей уже ждут коллеги на местах и начинают охлаждать кроху налитой в резиновые перчатки холодной водой. Самой дальней точкой края, откуда мы доставляли такого пациента, был Славгород – туда мы направляли вертолет, чтобы не терять 6 часов на дорогу».

Холод во спасение

Асфиксия, сравнимая с кратковременным удушением, во время родов может возникнуть в силу разных причин. В первую очередь это затяжной второй период родов, когда акушер-гинеколог имеет минимум возможностей вмешаться в процесс: родовая деятельность приостановилась – проводить

Продолжение на стр. 22 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 21»

стимуляцию поздно. Избежать проблему поможет только своевременная вакуум-экстракция. Также причиной асфиксии может стать короткая пуповина, которая, натягиваясь, нарушает кровоснабжение малыша в родах.

Кроме того, серьезным фактором риска могут стать хронические заболевания матери: сахарный диабет, артериальная гипертензия, нарушение маточно-плацентарного кровотока, инфекции. Рождение малыша в тяжелом состоянии прогнозируется (женщине объясняют необходимость рожать в учреждении родовспоможения третьего уровня) – и реанимационная бригада готова к оказанию неотложной помощи сразу после рождения.

«После того как малыш проведет три дня в «скафандре», дальнейшую тактику мы определяем в зависимости от его состояния: если он требует респираторной поддержки, мы подключаем его к аппарату ИВЛ. Когда малыш начинает дышать сам, из отделения реанимации он переводится в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей. Если же драгоценное время упущено и произошли необратимые изменения в ЦНС, малыш еще долго будет требовать замещающей респираторной поддержки», – говорит Олег Зуйков.

Метод терапевтической гипотермии применяется и во «взрослой медицине», к примеру, в нейрохирургии: два таких аппарата есть в краевой больнице скорой медицинской помощи. К счастью, современные технологии доступны теперь и для самых маленьких пациентов. Новорожденные, которые появились на свет в состоянии удушья, до трех лет состоят на учете в кабинете катанестического наблюдения центра «ДАР». Если такие малыши вовремя прошли через сеанс гипотермии, никто и не догадается, что они испытали в момент рождения.

По материалам официального сайта Министерства здравоохранения Алтайского края

Сберечь почки



Количество больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) во всем мире постоянно растет. В последние годы в медицинском сообществе появились упоминания об «эпидемии» и даже о «пандемии» ХПН. Тем временем пациенты порой сталкиваются с отсутствием общедоступной информации о проблеме, лечении,



исхода хронической почечной недостаточности, а также улучшения качества жизни у пациентов с установленным диагнозом. Как решить эту проблему, поговорим с экспертом – к. м. н., главным внештатным нефрологом Алтайского края Ольгой Жгут.

нение стратегии, направленной на замедление прогрессирования заболевания, и коррекция основных нарушений, ассоциированных с ХПН.

Таким образом, по словам эксперта, основная задача врачей различных специальностей, но особенно врачей общей практики, терапевтов, эндокринологов, кардиологов, – ранняя диагностика сахарного диабета, сосудистых заболеваний и собственно заболеваний почек.

Основная задача нефролога – пропагандировать методы ранней диагностики и лечения хронических заболеваний почек и ХПН, специфического лечения почечных заболеваний, применения нефропротективной стратегии и назначения терапии, направленной на коррекцию свойственных ХПН нарушений. Данные рекомендации должны соблюдаться под контролем врачей первичного звена (терапевтов, врачей общей практики).

– **Ольга Георгиевна, что представляет собой почечная недостаточность и в чем причина ее развития?**

– Это синдром нарушения всех функций почек, приводящий к расстройству водного, электролитного, азотистого и других видов обмена. Различают острую и хроническую почечную недостаточность. В первом случае она развивается в результате острого нарушения основных почечных функций и характеризуется азотемией, нарушениями водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия. Причины острой почечной недостаточности многообразны. Хроническая болезнь почек (ХБП), или старый термин «хроническая почечная недостаточность», объединяет всех пациентов с признаками повреждения почек и/или снижением их функции, которые сохраняются в течение трех и более месяцев.

– **Каковы основные факторы риска ее развития? Кто входит в группу риска?**

– К основным факторам риска хронической болезни почек относятся сахарный диабет и другие нарушения обмена веществ, наличие сердечно-сосудистых заболеваний, хронические вирусные и бактериаль-

Справка

Причины острой почечной недостаточности

➤ **Нарушение почечной гемодинамики** (шок, коллапс), **причина шоковой почки** – травматический, геморрагический, гемотрансфузионный, бактериальный, анафилактический, кардиогенный, ожоговый, операционный шок, электротравма, послеродовый сепсис, прерывание беременности, преждевременная отслойка плаценты, патологическое предлежание плаценты, эклампсия в родах, обезвоживание и др.

➤ **Экзогенные интоксикации** (яды, применяемые в народном хозяйстве и быту, укусы ядовитых змей и насекомых, лекарственные препараты).

➤ **Инфекционные болезни** (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом и лептоспироз).

➤ **Резкое нарушение оттока мочи** (мочекаменная болезнь, опухоли, доброкачественная гиперплазия предстательной железы и т.д.).

➤ **Аренальное состояние** (травма или удаление единственной почки).

ные инфекции, ряд аутоиммунных и инфекционных заболеваний, новообразования, перенесенные хирургические операции на почках, курение и другие вредные привычки, злоупотребление белковой пищей, малоподвижный образ жизни, пожилой возраст и мужской пол, наличие ХБП у прямых родственников и другие.

Очень важным фактором риска поражения почек, борьбе с которым не уделяется должного внимания в России, является злоупотребление анальгетиками и нестероидными противовоспалительными препаратами, увлечение пищевыми добавками (средства для снижения веса у жен-

Продолжение на стр. 24-25 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 22-23

щин, протеиновые коктейли для наращивания мышечной массы у мужчин).

Факт

В Австралии и ряде стран Европы спустя несколько лет после запрета безрецептурной продажи анальгетиков и НПВП процент больных анальгетической нефропатией среди поступающих на диализ или трансплантацию почки снизился в несколько раз.

На заметку

Методы лечения ХБП

➤ **Этиотропная терапия** при воспалительных заболеваниях почек включает антибактериальную и фитотерапию. Антибактериальная терапия должна назначаться строго по рекомендации врача! Не допускается самостоятельное, бесконтрольное применение лекарств, так как многие антибактериальные препараты обладают выраженной нефротоксичностью!

➤ **Активная терапия** (например, лечение преднизолоном, цитостатическими препаратами), учитывая риск развития осложнений. Лечение препаратами, подавляющими иммунную систему, особенно кортикостероидными гормонами (преднизолон, метипред) требует большой дисциплины. Лечение нельзя резко бросать. Требуется дополнительные усилия для профилактики нарушений обмена и инфекционных осложнений.

➤ **Нефропротективная терапия** – комплекс нелекарственных (разобранных выше) и лекарственных методов лечения, направленный на сохранение функции почек. Ее начинают с самого момента выявления ХБП, но особенно большое значение терапия приобретает на третьей стадии заболевания. В случае ее успеха лечение может остановиться на этой стадии и не вызвать развитие терминальной почечной недостаточности.

Методы лечения терминальной почечной недостаточности

➤ **Гемодиализ** – наиболее универсальный и доступный метод ЗПТ, который обеспечивает очистку крови с помощью аппарата искусственной почки. Для эффективной очистки крови обычно требуется проведение трех сеансов гемодиализа в неделю продолжительностью по 4 часа. Процедура проводится амбулаторно.

➤ **Перитонеальный диализ (ПД)** – основан на очистке крови при помощи специального раствора, который вводится в брюшинную полость и

удаляется через определенный интервал времени при помощи установленного постоянного катетера. Эту процедуру больной выполняет сам после курса обучения, поэтому нет необходимости 3 раза в неделю посещать диализный центр. Метод обеспечивает более полноценную очистку крови и в меньшей степени дестабилизирует работу сердечно-сосудистой системы. Также он обеспечивает более эффективную коррекцию анемии (снижения гемоглобина). Однако есть ряд серьез-

ных противопоказаний. Кроме того, со временем эффективность ПД снижается.

➤ **Трансплантация (пересадка)** почки от живого родственного или трупного донора является наиболее полноценным методом замещения утраченной функции собственных почек и обеспечивает наиболее высокое качество жизни. После пересадки почки требуется постоянный прием препаратов, подавляющих иммунную систему, для предотвращения отторжения донорского органа.

2. **Контролировать вес** – не допускать избыточного веса и не сбрасывать его резко.

3. **Пить не менее 1000–1500 мл жидкости** (при отсутствии противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы), особенно в жаркое время года, – воду, почечные фиточаи, натуральные морсы, компоты.

4. **Избавиться от вредных привычек** – курения, злоупотребления алкоголем.

5. **Регулярно заниматься физкультурой** – для почек это не менее важно, чем для сердца! Больше двигаться (ходить пешком, по возможности – не пользоваться лифтом и т. д.).

6. **Не злоупотреблять обезболивающими средствами!** Если невозможно полностью от них отказаться – ограничить прием до 1–2 таблеток в месяц.

7. **Не принимать самостоятельно, без назначения врача, мочегонные препараты**, не заниматься самолечением, не увлекаться пищевыми добавками, не экспериментировать над собой, употребляя «тайские травы» с неизвестным составом, «сжигатели жиров», позволяющие «похудеть».

8. **Не злоупотреблять пребыванием на солнце**, не допускать переохлаждения поясничной области и органов таза, ног.

9. **Контролировать артериальное давление, уровень глюкозы и холестерина в крови.**

10. **Регулярно проходить медицинские обследования**, позволяющие оценить состояние почек (общий анализ мочи, альбуминурия, биохимический анализ крови, включая креатинин крови, УЗИ – 1 раз в год). Получение ранней диагностики и лечения может помочь замедлить прогрессирование почечной недостаточности.

– **Как не допустить пожизненного гемодиализа?**

– Это возможно при своевременной диагностике ХБП, а также лечении на ранних стадиях. Важно понимать, что ХБП на ранних стадиях (1–2–3а) хорошо поддается лечению при соблюдении рационального подхода: коррекции образа жизни, соблюдении рекомендаций по лечению основного заболевания, при необходимости – медикаментозное лечение. Хочется добавить, если первая и вторая стадии заболевания дают возможность излечиться полностью, то лечение на 3б–4–5 стадиях является только мерой приостановления неизбежно развивающегося процесса в организме, который уже не повернуть вспять.

Комплексная помощь

– **Каким образом сегодня лечат хроническую болезнь почек?**

– На начальном этапе (1–2–я стадия ХБП, когда еще нет существенного нарушения функции) решающее значение имеет своевременная диагностика, выяснение причин и

механизмов повреждения почек и их устранение. Когда диагноз поставлен, выяснены особенности заболевания, пути поражения почек, нефролог может рассчитать прогноз при естественном течении болезни и оценить, как на него могут повлиять те или иные методы лечения.

Сегодня существуют лекарства с доказанной способностью тормозить прогрессирование нефросклероза, существенно улучшать прогноз больных (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы ангиотензиновых рецепторов и другие). Важное исключение – ишемическая болезнь почек с двусторонним стенозом почечных артерий, при которой данные лекарства абсолютно противопоказаны. Кроме того, чем дальше зашла болезнь почек, тем выше риск побочных действий этих препаратов (резкого повышения креатинина и калия в крови). Разобраться в этой сложной ситуации может только специалист! При повышении уровня холестерина также назначают препараты из группы статинов (симвастатин, аторвастатин и другие). Важное место в нефропротективной терапии занимает коррекция анемии препаратами железа.

Очень важным условием безопасности нефропротективного лечения являются регулярные медицинские обследования.

– **Ольга Георгиевна, как помочь пациентам с ХПН улучшить качество жизни?**

– При терминальной почечной недостаточности наилучшее качество жизни у пациентов с трансплантированной почкой. Сегодня пациенты, не только получающие ЗПТ, но и имеющие преддиализную стадию ХБП, могут обратиться к врачу для необходимого дообследования, а также внесения в лист ожидания.

Пациенты, получающие ЗПТ в отделениях, центрах амбулаторного гемодиализа, сталкиваются с существенными проблемами, ухудшающими качество их жизни. В частности, это удаленность диализных центров от места проживания пациентов.

Сегодня в Алтайском крае отделение/центры амбулаторного гемоди-

Важно знать

В 2007 году в краевой столице создали «НЕФРО-ЛИГУ» – некоммерческую межрегиональную общественную организацию, объединяющую нефрологических пациентов на диализе, пациентов с заболеваниями почек, но не находящихся на диализе, а также трансплантированных пациентов.

По вопросам совершенствования лечения больных «НЕФРО-ЛИГА» взаимодействует с ведущими медиками России, с Научным обществом нефрологов России, Российским диализным обществом. А также принимает активное участие в разработке стандартов обследования нефрологических пациентов и порядка оказания помощи. Важный приоритет организации – отстаивание интересов пациентов, налаживание диалога с органами власти в сфере здравоохранения и профессиональным медицинским сообществом.

лиза расположены не только в Барнауле, Рубцовске, Бийске, Новоалтайске, но и в Яровом и Камне-на-Оби. В будущем планируется открытие гемодиализного центра в Заринске.

Ольга Жгут:

– **Наиболее надежный метод борьбы с ХБП – проведение скрининга (в рамках всеобщей диспансеризации) и профилактических мер во всей популяции. Рекомендуется любому человеку, заботящемуся о своем здоровье (особенно после 40 лет), ежегодно проходить минимальный набор исследований для диагностики ХБП.**

Ирина Савина

DUM SPIRO, SPERO

(«Пока дышу – надеюсь», лат.)

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения профилактики опухолей НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина Владимир Филиппович Левшин рассеивает дымовую завесу распространенных заблуждений относительно самой популярной привычки на земле – курения.

И. П. Павлов: «Не огорчайте сердце табачником – и проживете столько, сколько жил Тициан: 99 лет».

Ящик Пандоры

«В 1560 году французский посол в Португалии Жан Никот послал табачный порошок своей королеве Екатерине Медичи, рекомендовав его как лекарство от некоторых недугов. Позже имя этого француза будет «увековечено» в названии одного из соединений табака – никотин», – пишет в своей книге «Зависимости, крадущие наше здоровье и годы жизни» Владимир Левшин. Так кто же открыл «ящик Пандоры»?

Владимир Левшин размышляет об этиологии вредной привычки: «Никакой естественной потребности во вдыхании табачного дыма у человека не было и нет. И никакого удовлетворения он от этого занятия изначально получать не мог. Курение – самый наглядный пример, как в человеческом обществе иногда могут появляться и закрепляться на века привычки и обычаи, не только не имеющие особого смысла, но и себе во вред».

Когда же «дымовая завеса» табачной безграмотности начала рассеиваться?



«Первый тревожный сигнал появился в 1938 году, когда Раймонд Пирл, профессор биологии из США, проследив жизнь 6813 жителей одного из маленьких городков Америки, установил, что более 60 лет прожили 60% некурящих жителей и только 46% из числа куривших. Но это первое предупреждение тогда мало кто услышал».

Услышали только ученые-медики, и то не все. И только тогда и начались исследования.

Медленно, но верно

– Владимир Филиппович, скажите, когда наступает зависимость от нико-

тина: физиологическая, психологическая?

– Существует три вида зависимости: физиологическая, психологическая и социальная. Если мы говорим о табачной зависимости, то, как правило, все эти три компонента зависимости присутствуют. У разных людей – в разном соотношении. Физиологическая и психологическая зависимости более взаимосвязаны.

Физиологической мы считаем образование никотинзависимых рецепторов в подкорковых структурах головного мозга, это так называемые дофаминовые рецепторы. Как только сокращается поступление никотина

в кровотоке, в том числе к этим рецепторам, они начинают бунтовать: появляются симптомы неудовлетворенности, недовольства – они требуют никотина. Это тот же наркотик, но в отличие от классических наркотиков, которые тоже привязываются к этим рецепторам, они не вызывают эффекта эйфории или каких-то галлюцинаций. Поначалу табак даже вызывает неприятные ощущения, но курительщик довольно быстро к ним привыкает. Все проявления синдрома табачной зависимости – ухудшение дыхания, тахикардия, снижение физических возможностей – первое время коварно скрыты.

Считается, что клиническая форма табачной зависимости в среднем развивается за 2–3 года регулярного курения. Внутреннюю неудовлетворенность от сокращения дозы мы называем синдромом отмены, который сопровождается такими симптомами, как слабость, вялость, раздражительность, депрессивность, астенические симптомы, отсутствие аппетита.

Табачная зависимость относится к химическим формам зависимости. Она развивается, как правило, достаточно медленно, но все индивидуально: это зависит от некоторых индивидуальных генотипических возможностей и от режима курения. В любом случае табачная зависимость – это болезнь. И она уже внесена в ВОЗовский список болезней человека.

Пассивные курительщики под прицелом

– Расскажите, пожалуйста, о реальном вреде пассивного курения: так ли это опасно?

– Вред пассивного курения доказан. Хотя все зависит, безусловно, от дозы: одно дело вы прошли мимо курящего на остановке и на секунду ощутили запах табака, а другое – у входа на рабочее место стоите 5–10 минут и обсуждаете с курящим коллегой насущные дела. Или в машине: час нахождения в машине курительщи-

Более **60%** дыма, выдыхаемого курительщиком, достается окружающим. Сам курительщик поглощает всего **15-25%** табачных токсинов

ка равноценен выкуриванию одной сигареты.

Смотрите: курительщик поглощает только около 20% табачных токсинов. Еще около 25% токсинов сгорает, а около 50% выходят наружу. И находящийся рядом с курительщиком поглощает столько же, если не больше. Сейчас чаще всего пассивной экспозиции подвергаются не дома, не на работе или в транспорте, а в подъездах, с балконов соседей-курительщиков.

«Изучалось содержание никотина в волосах, слюне, моче у некурящих членов семей, где есть активно курящие лица, у некурящих работников баров и ресторанов: результаты исследования показали

Всемирная организация здравоохранения признала регулярное табакокурение видом умственного и поведенческого расстройства

наличие никотина во всех биопробах. При этом у некоторых из них содержание никотина в биопробах было даже выше, чем среднее – у курящих лиц». Тут уместно привести слова одного моего норвежского коллеги:

«Курить в общественных местах – это то же самое, что мочиться в бассейне. Только табачный дым в несколько раз токсичнее мочи».

Невыносимая легкость бытия

– Скажите, а существуют ли «легкие» сигареты? Или это не более чем коварный рекламный ход?

– «Легкие» сигареты – это уже давно пройденный этап. В 70–80-е

Справка

В табачном дыме химики насчитывают несколько тысяч различных химических соединений, из них около сотни являются токсичными или канцерогенными для человека.

годы это был продуманный шаг табачных компаний, когда уменьшалось содержание табачной смолы, никотина в сигаретах.

– Действительно уменьшалось? Или это был рекламный трюк?

– Нет, все было по-честному. Это не было заявлено как лечение табачной зависимости – это всего лишь были «менее токсичные сигареты». Но далее исследователи доказали, что это все не работает. Табачная зависимость не уходит. Установили, что большинство курительщиков, перешедших на эти «легкие» сигареты, стали курить большее число сигарет или же делать более глубокие затяжки. Меняется тип курения, ведь рецепторы привыкли к прежней дозе! И они должны ее получить. В итоге запретили рекламу – и на Западе, и у нас. Сейчас такого термина уже не существует.

Дымовая завеса

– Есть ли в доказательной медицине прямая корреляция между курением и развитием онкологических заболеваний, в частности рака легких?

– Да, точно установлена дозозависимая связь. Чем дольше вещество используется, тем, соответственно, выше риск. Как я уже говорил, установлена эта связь в отношении 15 форм злокачественных опухолей. Но, правда, в разной степени: например, рак легкого – риск вырастает в 15–20 раз, рак почки – в 1,5–2 раза, опухоли верхних дыхательных путей – в 10 раз и так далее. Рак легкого может возникнуть и у никогда не курившего, но это, как правило, редкие случаи. У некурящего заболевание возникает по другим причинам, например работа на асбестовом производстве, с родоном и т.д.

Продолжение на стр. 28 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 26-27»

«До XX века рак легкого был чрезвычайно редким заболеванием, а к середине XX века частота этого заболевания резко возросла, и была установлена непосредственная связь этого заболевания с курением. Сегодня установлена прямая связь курения более чем с 40 различными болезнями и расстройствами у человека» – из книги профессора Левшина.

Одним махом?

– Вредно ли резко бросать пагубную привычку?

– Опять же, это зависит от личности курильщика. При быстром отказе после продолжительного, многолетнего курения у курильщиков возникает синдром отмены. Как я говорил, эти никотиновые рецепторы поднимают бунт нервной системы, что отражается на кровеносной, легочной, сердечно-сосудистой системах. Это все результат резкой отмены. А если у человека в анамнезе стенокардия, обструктивный бронхит, то у него этот синдром отмены может вызывать обострение этой болезни. Поэтому пульмонологи обязательно при легочных заболеваниях в комплекс лечения включают отказ от курения, но проводится он по специальной методике. Сначала его обучают когнитивно-поведенческим приемам, потом подключают препараты. Основная цель таких препаратов – предупредить развитие синдрома отмены.

У здоровых же людей возможность подавить синдром отмены достаточно высокая. Плюс многое зависит значительно от степени мотивации. Сильный, мощный стресс тоже может быть мотивацией подавить та-

бачную зависимость: если кто-то погиб от болезни, связанной с курением.

Организм при любом раскладе приспосабливается к жизни без курения. Мы изучали статистику: на протяжении первых трех месяцев после прекращения курения 50% возвращаются к пагубной привычке. Через полгода это уже 10–20%, а через год – от 1 до 10%. Синдром отмены при отсутствии лечения может длиться по-разному. Удержать себя нужно в период примерно от одной недели до месяца. А потом могут быть срывы. Это не рецидив – это срывы. Поэтому в период отказа от курения обязательно нужен контроль!

– Владимир Филиппович, и последний вопрос: истории семей, где вся семья курила до 100 лет и ничего ни с кем не было, как бы вы прокомментировали их?

– Это все анекдотичные истории. Знаете такой бородастый анекдот: геронтологи приходят к столетнему жителю, и долгожитель рассказывает про свой правильный образ жизни, спорт, питание и отсутствие вредных привычек, а за дверью кто-то шумит. Геронтологи интересуются кто, а долгожитель отвечает – да не обращайте внимания, это мой отец напился и опять буянит.

Действительно, бывают люди с «генами долгожительства»: естественно, они более устойчивы к каким-то недугам. Определенно от одного фактора не может зависеть продолжительность жизни – только от комплекса. И давайте пойдем научным путем, а не методом ОБС – «одна бабка сказала»: дайте мне статистику, а не один пример. Ведь можно набрать столетних жителей, и окажется, что курил среди них только 1 из 1000.

Да, не все курильщики умирают от рака легкого – у кого-то обструктивная болезнь, инсульты, сердечно-сосудистые заболевания.

Читайте полную версию интервью на сайте www.takzdorovo.ru

Отказ от курения точно продлит и облегчит жизнь любому бывшему курильщику.

Информационный центр по мониторингу ситуации с коронавирусом представляет подборку мифов о коронавирусе COVID-19 с пояснениями и рекомендациями. Материал подготовлен на основе данных ВОЗ.

Коронавирусная инфекция COVID-19 – новая болезнь, которая уже затронула более четырех миллионов человек по всему, а в России – более 282 тыс. на 18 мая. Заболевание пока плохо изучено, системы здравоохранения ряда стран не справляются с эпидемией, что приводит к высокой смертности инфицированных и паническим настроениям среди населения. Как любая неизвестная опасность, она порождает заблуждения, которые зачастую вредят здоровью или ослабляют организм, а могут прямо способствовать заболеванию.

Мы подготовили для вас 10 распространенных мифов о COVID-19.

1. Миф: потребление алкоголя защищает от коронавируса

Чрезмерное потребление алкоголя только усиливает риск для здоровья. Эффективный способ предохраниться от коронавируса – часто мыть руки и не трогать лицо.

2. Миф: ультрафиолетовые лампы подходят для дезинфекции рук

Ультрафиолетовое излучение может вызвать повреждение кожи, поэтому УФ-лампы нельзя использовать для стерилизации рук или других частей тела.

3. Миф: вакцина от пневмонии защитит от коронавируса

Вакцина от пневмококка или гемофильного гриппа не защитит от

10 мифов о коронавирусе



коронавируса, потому что COVID-19 – новая инфекция и нуждается в новой вакцине, над которой ведется активная работа.

4. Миф: холодная погода и снег могут уничтожить коронавирус

Температура тела человека остается стабильной на уровне 36–37° независимо от температуры воздуха, поэтому нет причин полагать, что холодная погода может убить коронавирус или любую другую болезнь.

5. Миф: промывание носа поможет избежать коронавируса

До сих пор нет свидетельств, что такая процедура помогает предохраниться или вылечиться от COVID-19, как от любой другой респираторной инфекции. Лучше чаще мыть или дезинфицировать руки!

6. Миф: чеснок защищает организм от коронавируса

Чеснок – это здоровый, полезный продукт, обладающий некоторыми антибактериальными свойствами. Но до сих пор нет свидетельств, что он помогает предохранить людей от COVID-19.

7. Миф: существует лекарство от коронавируса

До сих пор не разработано специального лекарственного средства, которым можно лечить коронавирус. Больные с COVID-19 должны обращаться за профессиональной помощью и получать индивидуальную терапию, назначенную врачом.

8. Миф: жаркий или влажный климат препятствует коронавирусу

Коронавирус распространяется во всех странах, включая регионы с жарким или влажным климатом. Независимо от погоды или климата чаще мойте руки!

9. Миф: коронавирус опасен только для пожилых людей

Человек любого возраста может заболеть коронавирусом. Для людей старшего поколения он более опасен и вызывает более тяжелые осложнения, но от них не застрахован никто.

10. Миф: распыление спирта или иного дезинфектора по телу спасет от коронавируса

Такая процедура может повредить кожу или слизистую оболочку, но не убьет вирус, если он уже попал в организм. Однако вы можете использовать эти вещества для дезинфекции поверхностей.

Оригинальный материал на сайте ВОЗ (на английском языке): <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>
Пресс-служба Информационного центра по мониторингу ситуации с коронавирусом (ИЦК)

Наталья Петровна Бехтерева (1924–2008)

Наталья Петровна Бехтерева – советский и российский нейрофизиолог, крупный исследователь мозга. Кандидат биологических наук, доктор медицинских наук, профессор. В 1990–2008 годах – научный руководитель Института мозга человека РАН. Академик АН СССР (1981; член-корреспондент 1970). Академик АМН СССР (1975). Лауреат Государственной премии СССР (1985). Член КПСС с 1960 года. Депутат Верховного Совета СССР 8-го созыва (1970–1974). Народный депутат СССР от Академии наук СССР (1989–1991).

Окончила 1-й Ленинградский медицинский институт им. И. П. Павлова (1947) и аспирантуру Института физиологии ЦНС АМН СССР. Работала младшим научным сотрудником в Институте экспериментальной медицины АМН СССР (1950–1954). Затем (в 1954–1962 годах) – в Нейрохирургическом институте им. А. Л. Поленова Минздрава СССР (пройдя путь от старшего научного сотрудника до руководителя лаборатории и заместителя директора). С 1962 года – в Институте экспериментальной медицины АМН СССР (заведующая отделом нейрофизиологии человека, затем заместитель директора по научной работе, и. о. директора, с 1970 по 1990 год – директор).

В 1975 году стала академиком АМН СССР (впоследствии РАМН), а в 1981 году – академиком АН СССР. С 1990 года – научный руководитель Центра «Мозг» АН СССР, с 1992 года – Института мозга человека РАН, руководитель научной группы нейрофизиологии мышления, творчества и сознания.

Избиралась вице-президентом Международного союза физиологических наук (1974–1980); вице-президентом Международной организации по психофизиологии (1982–1994).

Работала главным редактором академических журналов «Физиология человека» (1975–1987) и «International Journal of Psychophysiology» (1984–1994).

Труды по исследованию принципов деятельности головного мозга человека в норме и патологии, особенно физиологических основ психической деятельности. Впервые в СССР Бехтерева применила способ долгосрочного вживления электродов в мозг человека в диагностических и лечебных целях. Получила убедительное подтверждение теории Бехтеревой о мозговой организации мыслительной деятельности человека системой из жестких и гибких звеньев. Открытием признано выявленное Н. П. Бехтеревой свойство нейронов подкорковых образований головного мозга человека реагировать на смысловое содержание речи и участвовать в качестве звеньев систем обеспечения мыслительной деятельности. Под ее руководством была создана новая ветвь неврологии и нейрохирургии – стереотаксическая неврология с разработкой новейших технологий компьютерного стереотаксиса. В 1968 году в ее работе был впервые описан феномен реакции мозга на ошибку при выполнении задания. Данному феномену было дано название «детектор ошибок», а много позднее он стал известен как негативность, связанная с ошибкой (error-relatednegativity).

Является автором около 400 научных работ (в том числе 18 монографий), многих глав в отечественных и иностранных руководствах по физиологии.

Создала научную школу, насчитывающую большое число ученых и врачей. Наталья Бехтерева удостоена многих наград и званий. Она стала лауреатом Международной премии Фонда Святого Всехвального апостола Андрея Первозванного с вручением знаков премии «Державный орел» и «Орденская звезда», почетным членом Чехословацких нейрофизиологического и нейрохирургического обществ им. Пуркиньи и т. д.

Информация с сайта ru.wikipedia.org, фото – mirtesen.ru

Мы в соцсетях: vk.com/medprofaltay [@medprofaltay](https://www.instagram.com/medprofaltay) ok.ru/group/55741513924608

От всей души выражаю благодарность за профессионализм, сердечную теплоту, за бескорыстный и благородный труд моему врачу **Анастасии Александровне Фроловой**, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер». Существует такое понятие – врач от Бога. Это поистине врач, которому хочется себя доверить в то жуткое, страшное для каждого время, когда кажется, что нужно прощаться с жизнью. Но когда за твоё лечение берется профессионально знающая свое дело врач, деликатно и спокойно общается к каждому пациенту, уверена в своих действиях, в методах лечения, появляется уверенность, что болезнь отступит. Она назначает не только лечение, но и дает подробные консультации по вопросу здоровья и как не запустить болезнь, а продолжать вести активную жизнь. Она лечит не всех, она лечит каждого! Также хочу поблагодарить младший медицинский персонал отделения за чистоту, уют, отзывчивость, внимательное отношение к пациентам. Надо отметить отлично организованную работу палатных медицинских сестер – это огромное счастье, что такие компетентные, неравнодушные люди работают именно там, где они больше всего нужны. Большое человеческое спасибо за ваше благородное дело от меня, всех моих родных и близких!

Личное отношение врачей к лечению и реабилитации больных трудно переоценить. И болезнь отступает, и восстановление происходит быстрее. Это всегда находит отклик в сердцах благодарных пациентов. Об этом наша рубрика «Спасибо, доктор».

Хочу выразить большую благодарность **Людмиле Владимировне Петуховой**, КГБУЗ «Алейская ЦРБ», за долгожданного сыночка, который родился 24.04.2020 г. в 14.01. Благодаря вам мы стали счастливыми родителями! Спасибо большое вам и всему медицинскому персоналу за доброту и чуткое обращение. Дай бог вам всем здоровья!

Юлия Владимировна Ширина

Огромное спасибо **Евгению Федоровичу Хабарову** за прекрасную дочку (03.09.2019) Викторю. Он замечательный доктор, в меру строгий, с отличным чувством юмора, внимательный. Вопрос, где появится наша дочь, даже не стоял – только с НИМ я была готова родить. Вспоминаю перинатальный центр «ДАР» с теплотой. Всегда и всем говорю, что там работают самые лучшие врачи, акушеры, медперсонал, которые поддерживают, даже в сложных ситуациях помогают настроиться на правильный лад и делают и без того желанную встречу с ребенком такой душевной, что хочется вернуться и родить еще. Низкий вам поклон, спасибо за все. Наверное, много детей и женщин проходит через ваши золотые руки, что всех и не упомянуть, но мы вспоминаем вас с теплотой и благодарностью.

Екатерина Юрьевна Гордиенко

За профессионализм и добросовестный труд в своей работе, а также за человеческое и доброе отношение хочется отметить команду специалистов, работающих в КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника, г. Бийск» в отделении стоматологии под руководством **Лидии Абдулаевой**. Спасибо за ваш нелегкий труд за ваше мастерство, чуткость и умение найти подход к каждому пациенту! А также мне хочется отметить **Нелли Сиберко** за ее отзывчивость и желание помочь каждому, кто приходит лечиться! Мы благодарны вам безгранично! Будьте всегда профессионалами своего дела!

Наталья

Хочу выразить благодарность сотрудникам КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул», я не знаю ваших имен и фамилий. 30.04.2020 г. моей маме стало трудно дышать, учитывая, что ей 81 год, я вызвала скорую. Спасибо приехавшей бригаде за профессионализм и отзывчивость. Спасибо вам большое за то, что в трудное для всех нас время вы относитесь к нам доброжелательно, с пониманием и терпением. Также огромное спасибо диспетчеру скорой медицинской помощи. Через час после вызова он отзвонился, спросил, как моя мама себя чувствует. Также поинтересовался, нужен ли участковый врач! Низкий вам поклон. Берегите себя!

Алла Васильевна Волкова

Очень хотим поблагодарить работников скорой помощи Волчихинской ЦРБ и главного врача больницы КГБУЗ «Волчихинская ЦРБ» за своевременное и быстрое реагирование в принятии решений по А.Г. Демьяненко, благодаря которым все благополучно завершилось. Хотелось поблагодарить отдельно главного врача больницы **Татьяну Федоровну Харлову**. Здоровья вам и долголетия!

Любовь Анатольевна Кийко



С Юбилеем Великой Победы поздравили ветеранов

Пандемия коронавируса изменила формат проведения праздничных мероприятий, но не искренность отношения к этому великому событию. Медицинские работники поздравили ветеранов в режиме онлайн в интернет-акциях, пройдя в виртуальном шествии. Сотрудники многих медучреждений вручили подарки ветеранам и «детям войны». Студенты АГМУ исполнили песни военных лет в Интернете. День Победы – особенный праздник, он всегда будет напоминать, какой ценой завоёван мир на земле.

Фото и информация:
zdravalt.ru



В выпуске использованы фотографии с сайтов zdravalt.ru, duma.gov.ru, www.asmu.ru, barnaul.org, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: yandex.net, rg.ru, australianpaving.com, vladtime.ru, orthos.es, www.swica.ch, linesa.ru, ftimes.ru, veved.ru, mirtesen.ru, скриншот с youtube.com

Алтайская краевая медицинская газета | 12+
МЫ ЗА ДОВОЛЬЕ

Краевая медицинская газета. Издаётся с 17.06.1994 г.
Учредитель: КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики „Центр общественного здоровья“».
Газета зарегистрирована Управлением Роскомнадзора по Алтайскому краю и Республике Алтай. Свидетельство ПИ №ТУ 22-00617 от 21.10.2016 г.

Редакция может публиковать материалы в порядке обсуждения, не разделяя точку зрения автора. Полную ответственность за точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, собственных имен и прочих сведений несут лица, являющиеся источником информации.

Главный редактор – Н. С. Камышева, редактор – И. А. Савина
Издатель: КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики „Центр общественного здоровья“».
Адрес: Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23.
Адрес редакции: 656056, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23. E-mail: medprof_miz@mail.ru.
Отпечатано в типографии ООО «А1»:
656049, г. Барнаул, ул. Папанинцев, 106А. Тел./факс: 245-936, тел. 69-52-00. E-mail: europrint@list.ru.
ОГРН 1062221060670, ИНН 2221121656. Подписано в печать 18.05.2000.
По графику 18.00. Фактически 18.00. Тираж 1000 экз. Цена в розницу свободная.