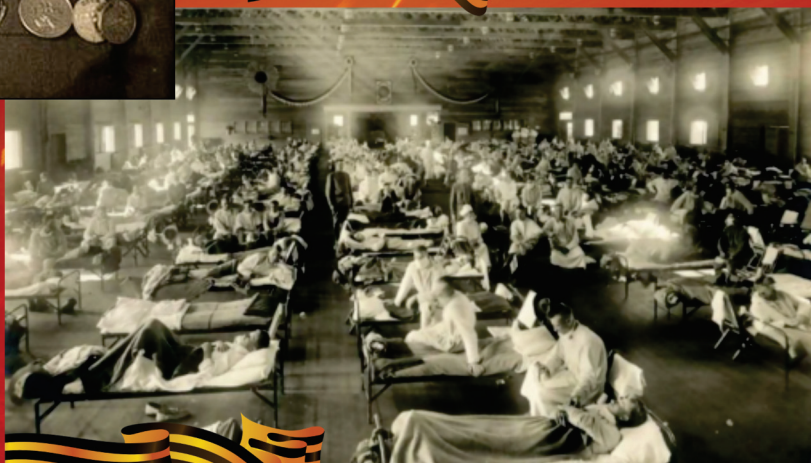
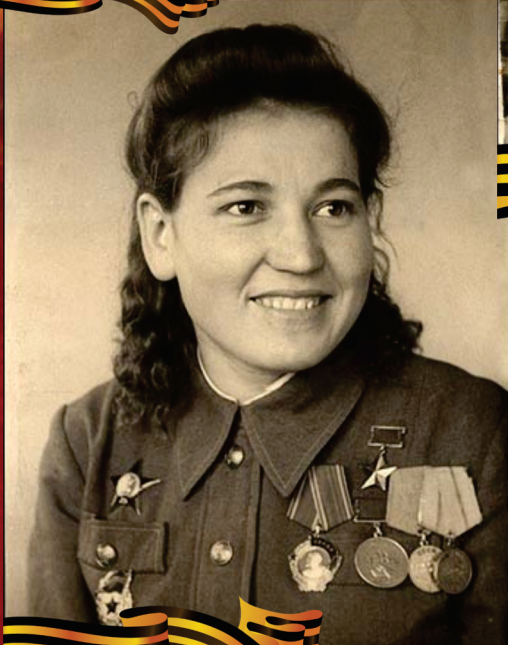


6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№5 (209) . МАЙ 2020



Медики - всегда на передовой!

Светя другим - сгораю сам

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Медики - всегда на передовой!

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

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

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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

- И как же быть?

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

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



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

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

- Это не первое изобретение вашего отделения?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Давайте подробнее поговорим о работе вашего отделения...

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Í ààààà Čăi óí í àà

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



Роды в пандемию.

О тех, кто отвечает за две жизни сразу

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

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

В условиях ограничительных мер

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

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

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

Если же у пациентки наблюдается повышенная температура



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

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

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



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

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

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

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

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

Советы беременным в период пандемии

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

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



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

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

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

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

Обновленные рекомендации Минздрава

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

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

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

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

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

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

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



Ребенок с Что нужно

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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



синдромом дефицита внимания. знать родителям

Как проявляется синдром

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

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

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

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

В чем суть СДВГ

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

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

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



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

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

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

Как помочь

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

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



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

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

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

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

Рекомендации для детей с СДВГ

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



Диагностические критерии СДВГ

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

6. часто бывает болтливым;

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

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

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

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

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

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

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

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



Школа сахарного диабета первого типа для детей и их родителей



**Инна Александровна
ВЕЙЦМАН,**

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

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

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

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

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

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

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

Основные правила питания, обязательные для выполнения:

1. исключить (ограничить до минимума) всё сладкое;

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

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

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

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

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

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



Питание при сахарном диабете первого типа

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

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

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

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

Цели и задачи питания пациентов с сахарным диабетом первого типа:

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

- обеспечение нормального роста и развития ребенка.

Принципы питания пациентов при сахарном диабете:

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

Основные составляющие пищи

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



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



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

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

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

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

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

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

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

Углеводы можно разделить на две основные группы:

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

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

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

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

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



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

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

Что такое 1 ХЕ?

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

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

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

Гликемический индекс (ГИ) зависит от нескольких параметров:

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

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

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

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

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

ПРОДУКТЫ С ВЫСОКИМ ГЛИКЕМИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ

Наименование продуктов	ГИ.	Наименование продуктов	ГИ.
пиво	110	лепешки пресные	69
финики	103	мука пшеничная	69
тост из белого хлеба	100	круассан	67
глюкоза	100	ананас	66
бриква	99	крем заварной	66
рисовая мука	95	овсяная каша, геркулес	66
лапша	92	суп-пюре из сухого гороха	66
фрукты консервированные	91	бананы	65
картофель жареный	90	дыня	65
мёд	90	картофель вареный "в мундире"	65
картофельное пюре	90	консервированные овощи	65
рисовая каша	90	манная каша	65
макаронные изделия из белой муки	88	сок фруктовый с сахаром	65
мороженое	87	хлеб черный	65
кукурузные хлопья, поп-корн	85	изюм, сухофрукты	64
морковь отварная	85	макароны с сыром	64
хлеб белый	85	свекла	64
картофельные чипсы	80	суп-пюре из бобов	64
крекеры	80	зерна пшеничные пророщенные	63
масли	80	оладьи, блины	62
карамель, леденцы, конфеты	80	булочки для гамбургеров	61
кукуруза консервированная	79	пицца	60
вафли	76	рис белый	60
пончики, булочки	76	сахароза	59
арбуз	75	пирожки	59
кабачки	75	палайя, манго	58
тыква	75	бананы, хурма	57
хлеб длинный французский	75	печенье овсяное, сдобное	55
картофель фри	75	салат фруктовый с взбитыми сливками	55
сухари	74	йогурт сладкий	52
пшеничная каша	71	суп томатный	52
картофель вареный	70	гречневая каша	50
газировка сладкая	70	киви	50
крахмал	70	рис коричневый	50
кукуруза вареная	70	щербет	50
мармелад, джем с сахаром	70	масли без сахара	50
шоколадные батончики	70	овсяная каша	49
халва	70	горошек зеленый, консервированный	48
пельмени, равиоли	70	сок фруктовый без сахара	48
репа	70	теворожная масса сладкая	46
рис белый	70	хлеб с отрубями	45
сахар	70	фасоль цветная	43
шоколад молочный	70	черника, голубика	42
печенье, бисквиты, торты	70	кофе, какао	41

ПРОДУКТЫ СО СРЕДНИМ ГЛИКЕМИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ

ПРОДУКТЫ С НИЗКИМ ГЛИКЕМИЧЕСКИМ ИНДЕКСОМ

Наименование продуктов	ГИ.	Наименование продуктов	ГИ.
виноград	40	лепешки пресные	69
горох зеленый свежий	40	мука пшеничная	69
фасоль белая	40	круассан	67
хлеб ржаной	40	ананас	66
рыбные и крабовые палочки	38	крем заварной	66
макароны из муки грубого помола	38	овсяная каша, геркулес	66
яблоки, груши	37	суп-пюре из сухого гороха	66
апельсины	35	бананы	65
инжир	35	дыня	65
йогурт обезжиренный	35	картофель вареный "в мундире"	65
молоко, молочные продукты	35	консервированные овощи	65
курага, чернослав	35	манная каша	65
морковь сырая	35	сок фруктовый с сахаром	65
арахисовое масло	32	хлеб черный	65
клубника	32	изюм, сухофрукты	64
смородина, малина	31	макароны с сыром	64
свекла	30	свекла	64
мармелад, джем без сахара	30	суп-пюре из бобов	64
творог обезжиренный	30	зерна пшеничные пророщенные	63
персики	30	оладьи, блины	62
сливки	28	булочки для гамбургеров	61
консервированные фрукты без сахара	25	пицца	60
чечевица	25	рис белый	60
вишня, черешня	22	сахароза	59
грейпфрут	22	пирожки	59
перловая каша	22	палайя, манго	58
сливы, абрикосы	22	бананы, хурма	57
шоколад с 70% какао и более	22	печенье овсяное, сдобное	55
орехи	20	салат фруктовый с взбитыми сливками	55
фруктоза	20	йогурт сладкий	52
соя	15	суп томатный	52
кисломолочные продукты, кефир	15	гречневая каша	50
редис	15	киви	50
оливки, маслины	15	рис коричневый	50
баклажаны	10	щербет	50
брокколи, брюссельская капуста	10	масли без сахара	50
грибы	10	овсяная каша	49
болгарский перец	10	горошек зеленый, консервированный	48
капуста белокачанная, цветная	10	сок фруктовый без сахара	48
помидоры, огурцы	10	теворожная масса сладкая	46
салат листовой, зелень	10	хлеб с отрубями	45
лук, чеснок	10	фасоль цветная	43
лимоны	10	черника, голубика	42
семечки подсолнуха	8	кофе, какао	41

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

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

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

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



Общественный Редакционный совет журнала



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№5 (209) май 2020 г.



Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год

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

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

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 29.05.2020 г.,
фактически - 14:00 29.05.2020 г.
Дата выхода: 05.06.2020 г.

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

Ответственный редактор - Мария Юртакина.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.

Тел. 8(385-32) 2-11-19. **Адрес редакции:** 658080, Алтайский край,
г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

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

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

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

Защита от лесного клеща

Использование специальных химических средств

АКАРИЦИДНЫХ СРЕДСТВ

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

РЕПЕЛЛЕНТНЫХ СРЕДСТВ

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

Индивидуальная (личная) защита людей

→ проводить само- и взаимоосмотры для обнаружения клещей

→ не садиться и не ложиться на траву

обязательно наличие головного убора

носить однотонную и светлую одежду

манжеты рукавов должны плотно прилегать к руке

не заносить в помещение свежие сорванные растения

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

После прогулки необходимо:

→ снять одежду

→ тщательно осмотреть тело и одежду

→ расчесать волосы мелкой расческой

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



ТРИ НЕЛЬЗЯ

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