



# МЕДИНФО-Саров

МЕДИЦИНА ИЗ ПЕРВЫХ РУК

№ 3 (149)  
МАРТ, 2018

## ВЕСТИ АДМИНИСТРАЦИИ



На первом месте – развитие первичной медицинской помощи.

28 марта на базе ФГБУЗ КБ № 50 ФМБА России состоялось выездное заседание Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области.

На встрече с участием руководителя Территориального органа Росздравнадзора по Нижегородской области С.В. Шукина, министра здравоохранения Нижегородской области А.А. Шаклунова, других членов Совета, была представлена информация об особенностях здравоохранения в городе Сарове, структуре и основных показателях работы больницы,

особое внимание было уделено внедрению новых организационных и информационных технологий «Бережливой поликлиники». Отдельно рассмотрены вопросы организации помощи сотрудникам промышленных предприятий и о деятельности доврачебных кабинетов поликлиники.

По итогам заседания принято решение максимально способствовать развитию первичной медицинской помощи в городе Сарове, намечены пути взаимодействия с Министерством здравоохранения Нижегородской области и Приволжским исследовательским медицинским университетом.

## АТТЕСТАЦИЯ

21 марта состоялось очередное заседание Многопрофильной экспертной группы № 13 по аттестации специалистов с высшим сестринским и со средним медицинским или фармацевтическим образованием Ведомственной аттестационной комиссии ФМБА России по присвоению квалификационных категорий медицинским и фармацевтическим работникам.

Аттестация проходила в два этапа. Первый этап – тестовый контроль из 100 тестов, второй этап – собеседование.

Тестовый контроль сотрудники сдали от 81 до 98 %.

По итогам собеседования присвоена первая квалификационная категория Т.Ю. Степановой

по специальности «Сестринское дело». Подтвердили высшую квалификационную категорию С.А. Быкова по специальности «Физиотерапия», Г.М. Столбова по специальности «Диетология», М.Н. Епишкова, Т.М. Малышева, Р.Ф. Моисеева по специальности «Сестринское дело», Е.А. Кулакова и Н.В. Петражицкая по специальности «Операционное дело» и Г.А. Степанова по специальности «Сестринское дело в педиатрии».

При собеседовании, сотрудники отвечали очень четко и грамотно на поставленные вопросы.

Главный фельдшер Г.П. Петров

## КНИГА ПОЧЕТА

### Володина Людмила Александровна

Родилась 09.05.1952г. в г. Арзамасе-16 Горьковской области. По окончании 8 классов средней школы в 1967г. поступила в медицинское училище при МСО-50, которое окончила в 1970г.

Трудовую деятельность в МСО-50/ЦМСЧ-50 начала 13.04.1970г. в должности медсестры хирургического отделения, в январе 1971г. была переведена на должность медсестры операционной, а в июне 1976г. – медсестры операционного блока.

С 1 апреля 1981г. работала операционной медсестрой отделения переливания крови.

Имела высшую квалификационную категорию по специальности «сестринское дело». С 2012 года находится на заслуженном отдыхе.

За все время работы в медицинской части характеризовалась как грамотный, добросовестный, чрезвычайно ответственный специалист, до мелочей знающий порученное дело и обладающий исключительной работоспособностью.

Была подготовлена для выполнения обязанностей на любом рабочем месте среднего медперсонала отделения.



Во время отсутствия старшей медсестры отделения выполняла ее обязанности.

За хорошую работу и достигнутые положительные результаты имела ряд поощрений, в 1990г. была награждена нагрудным значком «Отличнику здравоохранения».

В Книгу почета занесена приказом начальника ЦМСЧ-50 от 29.08.2002г. № 233-к.

## АКТУАЛЬНО

### С.Б.Оков: «Улучшить комфортность пациента»

26 февраля на совместном заседании всех комитетов городской думы была представлена программа, разработанная в рамках реализации Меморандума о сотрудничестве между органами МСУ и РФЯЦ-ВНИИЭФ – «Развитие здравоохранения». По этому вопросу выступил с докладом главный врач Клинической больницы № 50 Сергей Борисович Оков.

«Наша главная задача – улучшить комфортность пациента при получении первичной медицинской помощи, – обратился к депутатам Сергей Борисович, – на сегодняшний день обеспеченность врачами около 90%. Если сравнивать с городами ЗАТО, у нас есть отличие – удаленность от регионального центра. Например, в Заречном обеспеченность врачами 60%, но обычный городской маршрут довозит пациента до областного медицинского центра.

По некоторым видам медицинской деятельности мы оказываем только экстренную или неотложную помощь, возможно, что некото-

рые виды деятельности перестанут существовать – нет специалистов.

Почти половина врачей подходит к пенсионному возрасту, либо уже пенсионеры. Существует программа привлечения молодых специалистов, в прошлом году пришло 23 молодых медиков. Мы обеспечиваем только приезжих молодых специалистов, не «городских» врачей, местами в общежитии, но этот вид жилья уже не устраивает людей, приобретаем жилье семейным парам, даем и одиноким врачам, но и служебное жилье не всех удовлетворяет.

Сергей Борисович рассказал, что в существующей программе развития здравоохранения Сарова прописано: «Есть финансирование со стороны ядерного центра – 10 млн. рублей на приобретение жилья медикам, грантовая поддержка в рамках проекта ГК «Росатом» «Бережливая поликлиника» (10 млн. рублей) на обеспечение медосмотров в поликлинике № 2, также 10 млн. рублей – на новое оборудование».

Депутаты спросили, есть ли возможность привлечь специалистов, которые отсутствуют у нас в поликлиниках, на «разовый» прием, как это делают частные клиники. Сергей Борисович ответил: «Мы работаем только со специалистами, имеющими сертификат, платим «белую» зарплату, обеспечиваем социальное страхование, обучение, безопасность и многое другое. В частной клинике совсем другие условия, и другие зарплаты у врачей».

Спросили на заседании и о реализации цифровой медицинской системы, главный врач ответил, что с этим есть сложности, помимо того, что она тяжела в освоении, ее обслуживание очень дорогое, «на защиту личных данных нужно до 40 млн. рублей ежегодно». Однако все первичные данные детей переведены в электронный банк данных, сейчас идет работа над электронной базой данных вакцинации.

Пресс-служба городской думы



### «Будущее Сарова строить молодым»

12 марта под эгидой Общественного совета при главе города в ЦКиД ВНИИЭФ прошёл Общероссийский молодежный форум «Будущее Сарова строить молодым». В мероприятии приняла участие молодежь всех крупнейших организаций: было особенно много представителей от РФЯЦ-ВНИИЭФ, Обеспечение РФЯЦ-ВНИИЭФ, присутствовали учащиеся СарФТИ, СПТ им. Б.Г.Музрукова. На форуме также присутствовали врачи КБ № 50 – члены Совета молодых специалистов больницы. Датой проведения мероприятия значился понедельник – самый трудный день недели для медиков, особенно после четырех праздничных дней, поэтому не все молодые специалисты смогли поприисутствовать.

На входе гостей встречали множество разных экспозиций – «ГО», «Поисковый



кинологический отряд», Профилактика ВИЧ/СПИД, «Стройотряд» (СарФТИ), «Молодые лидеры Сарова»... Стоит отметить, что на форуме не делалось никаких сенсационных заявлений – эта встреча была организована для установления контакта между администрацией города, ВНИИЭФ с одной стороны и молодыми специалистами города с другой стороны. Было много сказано про будущее развитие города: реализацию проекта «Формирование комфортной городской среды», цели, задачи и перспективы развития РФЯЦ-ВНИИЭФ. Выступающим задавали множество животрепещущих вопросов, на которые были даны развернутые и содержательные ответы. Также обсуждался вопрос о выборах общегородского пространства для первоочередного реконструирования (Парк Культуры

и Отдыха им. Зернова, Лыжная база, бульвар в мкр-15, детский парк по ул. Сосина, зона отдыха на пруду Боровом. Сквер и бульвар в мкр-22. Неожиданностью стали видеобращения бронзовой олимпийской чемпионки Игр Анастасии Седовой и известного киноактёра Олега Тактарова.

Как итог можно отметить, что при поддержке Общественного молодежного Совета при главе города и администрации города данный молодежный форум выполнил свою задачу – информация до молодежи была донесена, а это значит, вовлечение её в общественную жизнь города обеспечено.

Врач-терапевт  
поликлиники № 1 Ю.Липянин

## «Ильинские чтения»



22 марта состоялась первая Школа-конференция молодых учёных «Ильинские чтения», приуроченная к 90-летию академика РАН, д.м.н., профессора, почётного президента ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России Леонида Андреевича Ильина.

Школа-конференция «Ильинские чтения» посвящена мультидисциплинарным аспектам радиационной медицины и смежных с ней специальностей. На ее рабочих секциях были рассмотрены современные проблемы радиационной медицины, биологии и химии, экологии, радиационной гигиены и безопасности.

На «Ильинских чтениях» молодые ученые из России, СНГ и Европы представили современные разработки в области нанобиомедицины, компьютерного моделирования и информационных технологий в биологии, медицине, физике и химии. Школа-конференция ориентирована на молодых ученых – ученых нового поколения.

Леонид Андреевич Ильин – почётный президент Государственного научного центра Российской Федерации Федерального медико-биологического центра им. А.И. Бурназяна ФМБА России. Это человек, вставший у истоков радиационной гигиены и вдохновляющий сегодня молодых специалистов, работающих в этой чрезвычайно ответственной, сложной и многогранной области. Блестящий ученый, врач, оратор

и педагог. Его труды, удостоенные множества наград, в том числе премии Правительства Российской Федерации – фундамент образования специалистов, работающих в области радиационной медицины, экологии, дозиметрии и защиты.

Леонид Андреевич не только (впервые в мире) разработал методические рекомендации по защите населения в случае аварии на ядерных реакторах, но и принимал непосредственное участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС – с первых дней этой тяжелейшей катастрофы он работал в очаге поражения, руководил медико-биологическими и гигиеническими работами для ослабления ее последствий и защите людей.

Леонид Андреевич Ильин – основатель российской научной школы радиационной гигиены. Один из столпов, стоявших у истоков зарождения движения «Врачи, против ядерной войны» – удостоенной Нобелевской премии мира.

Сегодня Леонид Андреевич продолжает активно работать и воспитывать новое поколение специалистов – ученых – медиков и технических специалистов.

Совет молодых специалистов КБ № 50

## Зачем обращаются к детскому психиатру?

Чаще всего инициаторами обращения к психиатру являются родители детей и подростков, в состоянии нервной системы которых произошли резкие изменения. Иногда начинают искать узкого специалиста бабушки и дедушки, обеспокоенные поведением внуков. Нередко на необходимость консультации настаивают воспитатели, логопеды или психолог детского дошкольного учреждения, соответственно, педагоги или администрация школы, когда речь идет о более старшем возрасте. Безусловно, среди тех, кто предлагает родителям «записать ребенка к психиатру на прием», врачи – педиатры, медики других специальностей в случае, когда причиной соматических (телесных) симптомов предполагаются нарушения психических функций. Не будем рассматривать ситуации, когда несовершеннолетнему направляют в кабинет психиатра для профилактических медосмотров (поступление в школу, в вуз, обучение на водительские права, оформление опекуна и многое другое), решение вопросов военной экспертизы.

До трех лет самым распространенным поводом консультации психиатра считается поздний отказ от грудного вскармливания (после 1,5 лет), отста-

вание в нервно-психическом развитии, стойкие нарушения сна («путает день с ночью»), эпизоды скрипа зубами во сне, сновидение, отсутствие дневного сна, совместный сон с ребенком старше 1 года-1,5 лет), выраженные нарушения аппетита. В большинстве случаев компетентно решают эти вопросы педиатр и невролог. Значимые нарушения поведения младшего дошкольного возраста: неконтролируемые эмоциональные вспышки с агрессией и аутоагрессией, выраженное негативное чувство по отношению к последующему младшему ребенку в семье, потеря навыка речи (мутизм), совершение бессмысленных повторяющихся, стереотипных, движений и действий, отсутствие интереса к другим детям – причина для обращения к психиатру.

В старшем дошкольном возрасте продолжают наблюдаться дети с сохраняющимися проблемами речевого и психомоторного развития. Формирующиеся и расширяющиеся страхи (фобии), энкопроз (дефекация не в туалете), энурез (мочепускание не в туалет), недостаточный уровень понимания правил поведения в обществе; неуправляемое фантазирование, постоянное рассказывание небылиц по поводу или без него; крайняя под-

вижность ребенка и его неусидчивость, проявление физической жестокости к людям и животным; заикание, дизартрия или речь «вазальб»; различные навязчивости (грызут ногти, крутят волосы); необычные предпочтения в еде или одежде, – часть из списка причин для обращения к специалисту нашего профиля.

Школьный период в жизни ребенка, подростка, его семьи формирует большой спектр симптомов, сигнализирующих о поломке в центральной нервной системе. Озвучиваются жалобы на отсутствие мотивации к учебе, трудности в усвоении преподаваемого материала, низкая концентрация внимания на занятиях и недостаточный темп выполнения заданий, быстрая истощаемость, неравномерность в результативности, частые головные боли, эмоциональная лабильность, слезливость или склонность истерическим реакциям, появление моторных или вокальных тиков. Буквального с первого класса могут быть значимыми высокий уровень тревожности, формирование страхов (ответа перед классом, выполнения итоговую контрольную работу, тем более сдавать экзаменационные работы). Из-за уровня нагрузок, низких ресурсных способностей конкретного ребенка повышается риск астенических

необходимо получить объективную информацию от членов семьи, иногда от педагогов, психологов для дифференцировки причинности появления нарушений в развитии, поведения малыша или подростка. Зачастую достаточно наших препубертатного и пубертатного периода пациентов чаще в кабинете звучат жалобы на демонстративность в поведении с конфликтностью, раздражительностью, несоразмерными ситуациями до шантажных поступков, склонность к асоциальному окружению, выраженные реакции отказа и протеста или, наоборот, снижение активности, безынициативность, пассивность, угасание прежних интересов. Далеко нередки обращения по поводу анорексии (полное отсутствие аппетита) и булимии (приступы обжорства).

Ситуации с грубыми психическими расстройствами, когда у юного пациента появляются галлюцинации или бредовые высказывания, не вызовут сомнения о срочной необходимости обращения к врачу, но, если ребенок или подросток не скрывает содержания своих болезненных переживаний от окружающих. К сожалению, многие симптомы, описанные выше, могут маскироваться за собой именно глубокую поломку в психике ребенка. В каждом случае

важно знать, что из любой сложной ситуации можно найти выход. Если взрослые, окружающие ребенка, предприняли все попытки помочь ему и себе в решении проблемы, но не достигли результата, то необходима помощь специалистов: психолога, невролога, педиатра и психиатра.

Врач-психиатр детский  
участковый поликлинического  
отделения ПНД О.И. Виллер

## Всемирный день борьбы с туберкулезом

24 марта 1882 года Роберт Кох выступил с заявлением об открытии возбудителя туберкулеза – микобактерии туберкулеза. В 1982 году, в связи со столетней годовщиной открытия Роберта Коха, Всемирная организация здравоохранения и Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких предложил считать 24 марта официальным Всемирным днем борьбы с туберкулезом. Туберкулез – инфекционное заболевание с преимущественным поражением легких. Возбудитель заболевания – микобактерия туберкулеза (МБТ) высоко устойчива во внешней среде. В условиях комнатной температуры (в темном месте) она сохраняется до 4-х месяцев, в молоке и масле до 10 месяцев, в замороженном мясе – до года. Прямые солнечные лучи убивают микобактерии в течение нескольких часов, при кипячении они погибают через 5 минут.

Заболеть туберкулезом регистрируется ежегодно во всем мире, в последние годы отмечена тенденция к снижению. Высокая заболеваемость (более 100 случаев на 100 тысяч населения) регистрируется в странах с низким уровнем жизни.

В 2017 году в Российской Федерации заболеваемость туберкулезом составила 45,5 на 100 тыс. населения, в Нижегородской области – 28,5, в Сарове – 10,5. Источниками туберкулезной инфекции являются больные люди или животные, выделяющие во внешнюю среду микобактерии туберкулеза. Ведущие пути передачи инфекции: воздушно – капельный и воздушно – пылевой.

Возможен пищевой путь передачи при употреблении в пищу недостаточно термически обработанного молока или мяса больного туберкулезом животного. Основным источником инфекции является больной легочной формой



туберкулеза человек, выделяющий микобактерии из дыхательных путей. Наиболее подвержены риску заражения дети до 3 лет.

Первыми признаками заболевания туберкулезом являются: быстрая утомляемость и появление общей слабости, снижение аппетита и потеря веса, повышение потливости, особенно под утро, длительное незначительное

повышение температуры тела, кашель или покашливание с выделением мокроты, крови. Развитию туберкулеза способствуют факторы, ослабляющие защитные силы организма: переутомление, продолжительное чрезмерное волнение, неполноценное питание, курение, а также хронические болезни: заболевания лёгких, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка. Один боль-

ной в течение года может заразить от 5 до 10 контактирующих с ним людей.

Эффективным методом профилактики тяжелых форм туберкулеза у детей являются противотуберкулезные прививки вакциной БЦЖ-М в первые дни жизни в роддоме.

Не привитые дети подвергаются большому риску заражения туберкулезом. Если такой ребенок находится в тесном контакте с больным туберкулезом, то он непременно инфицируется и у него начинает быстро прогрессировать заболевание. В целях раннего выявления туберкулеза необходимо ежегодно проводить детям туберкулинодиагностику. Проба Манту и диаскинтест – это диагностические тесты для определения специфической сенсibilизации организма к микобактериям туберкулеза. У взрослых туберкулез можно выявить с помощью флюорографического метода обследования. Уклонение взрослых от обследования на туберкулез приводит к позднему выявлению у них тяжелых, запущенных форм заболевания, которые плохо поддаются лечению и нередко заканчиваются инвалидностью и смертью больного.

Только вакцинация предупреждает развитие тяжелых форм туберкулеза! Факторы, определяющие профилактику туберкулеза – это здоровый образ жизни, полноценное питание и чистота окружающей среды!

## ЗЕМЛЯ СЕРАФИМА САРОВСКОГО

### ЦЕРКОВЬ СВ. ВМЧ. ПАНТЕЛЕИМОНА расписание богослужений на апрель 2018 года

ДАТА	ПРАЗДНИКИ	ЛИТУРГИЯ	ВЕЧЕРНЯ	МОЛЕНЬБЫ
01 вс	Вход Господень в Иерусалим	8,00		
02 пн	Великий понедельник		17,00	
03 вт	Великий вторник. Прп. Иакова	7,00	17,00	
04 ср	Великая среда. Сщмч. Власия	7,00	17,00	
05 чт	Воспоминание Тайной Вечери.	7,00	17,00	
06 пт	Воспоминание Святых спасительных Страстей Господних	8,00	14.00 вынос плащаницы 17.00 Утренняя Погребение	
07 сб	Благовещение Пресвятой Богородицы.	8,00	23.00	
08 вс	Светлое Христово Воскресение. ПАСХА	01.00		
09 пн	Понедельник светлой седмицы.		17,00	
10 вт	Иверской иконы Божией Матери	7,00		
11 ср	Мчч. Марка и Кирилла		17,00	
12 чт	Прп. Иоанна Лествичника	7,00	17,00	
13 пт	Иконы Б.М. «Живоносный источник»	7,00	17,00	
14 сб	Прп. Марии Египетской	8,00	17,00	
15 вс	Неделя 2-я по Пасхе, ап.Фомы	8,00		После литургии
16 пн	Прп. Никиты	7,00	17,00	
17 вт	Радоница. Поминование усопших	7,00	17,00	
18 ср	Свт. Иова, патриарха Московского	7,00		
19 чт	Свт. Евфимия		17,00	
20 пт	Прп. Георгия	7,00	17,00	09-30; 10-00
21 сб	Апп. Иродиона, Агава, Асинкрита	8,00	17,00	
22 вс	Неделя 3-я по Пасхи, св.жен-мироносиц.	8,00		После литургии
23 пн	Мчч. Терентия, Помпия...		17,00	
24 вт	Сщмч. Антипы	7,00	17,00	
25 ср	Прп. Василия	7,00	17,00	
26 чт	Сщмч. Артемона	7,00	17,00	
27 пт	Свт. Мартина	7,00	17,00	09-30; 10-00
28 сб	Апп. От 70-ти Аристарха, Пуда...	8,00	17,00	
29 вс	Неделя 4-я по Пасхе, о расслабленном	8,00		После литургии
30 пн	Сщмч. Симеона		17,00	

Таинство исповеди совершается во время вечерней службы. Телефон храма: 50-8-50.

## Уникальная операция

Хирурги центра хирургии и трансплантологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна впервые в России выполнили операцию ALPPS – двухэтапную резекцию печени в варианте расширенной левосторонней гемигепатэктомии.

Пациентка – женщина 44 года, печень которой была поражена гигантским ГЦК (более 15 см) – гепатоцеллюлярной карциномой. Это наиболее распространенная первичная злокачественная опухоль печени. У опухоли была крайне сложная локализация, при которой внедренные в России хирургические методики были неэффективны. Пациентке отказали во всех ведущих хирургических центрах страны.

Обычно пациенту в подобных ситуациях сохраняется второй-третий сегмент печени (более крупные), но в данном случае из-за поражения это было невозможно. После виртуозного изменения системы кровоснабжения органа от печени были отделены неповрежденные и небольшие по размеру шестой и седьмой сегмент – выполнена транссекция. Сделано это было для

того, чтобы опухоль не поразила здоровые сегменты.

Одномоментную резекцию печени выполнить было невозможно, поскольку здоровые сегменты были недостаточными по размеру, и пациентка не перенесла бы операцию. Через 8 дней два сегмента (ранее составлявшие не более 18% от общего объема печени) выросли почти на 50% от первоначального объема, и это позволило хирургам безопасно удалить остальные, пораженные опухолью участки. Прогноз по данной пациентке благоприятный. В настоящий момент она переведена в палату из реанимации.

Операция была разработана и проведена командой руководителя Центра хирургии и трансплантологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, д.м.н., профессора Сергея Эдуардовича Восканяна. «Опыт в проведении подобной операции, первой для России и очень редкой для всего остального мира, мы поделимся с коллегами на 30-м юбилейном конгрессе IASGO 2018, который мы принимаем в Мо-



ске в сентябре 2018 г.», – рассказал С.Э.Восканян, ФМБЦ им. А.И. Бурназяна является соорганизатором конгресса, ежегодно собирающего ведущих хи-

рургов, гастроэнтерологов и онкологов со всего мира.

Совет молодых специалистов КБ № 50

## Грипп и ОРВИ

Межрегиональное управление № 50 ФМБА России информирует о росте заболеваемости ОРВИ и гриппом среди населения Сарова. По состоянию на 21.03.2018 г. превышен эпидемический порог заболеваемости во всех возрастных группах населения города. По совокупному населению эпидпорог превышен на 48%, среди взрослого населения – на 59%, среди детского населения – на 38%, наибольшее превышение отмечается в возрастной группе детей от 7 до 14

лет – на 106%. Директору Департамента образования и директорам школ города при регистрации высокой заболеваемости в классе или в целом по школе рекомендовано приостановить образовательный процесс.

Межрегиональное управление № 50 ФМБА России призывает родителей не отправлять детей с признаками ОРВИ (насморк, кашель, температура) в организованные детские коллективы (школы, детсады и пр.) и напоминает о необходимости профилактики по

предупреждению заболеваний ОРВИ и гриппом:

- регулярно тщательно мойте руки с мылом, особенно после улицы и общественного транспорта;
- прикрывайте рот и нос салфеткой/платком при кашле, чихании;
- употребляйте как можно больше продуктов, содержащих витамины (клюква, брусника, лимон);
- сократите по возможности время пребывания в местах массового

скопления людей и общественного транспорте;

- пользуйтесь маской в местах скопления людей;
- избегайте тесного контакта с людьми, которые имеют признаки гриппа, ОРВИ;
- при наличии симптомов заболевания – оставайтесь дома и обратитесь к врачу;
- проводите влажные уборки помещений и проветривание.



# Современная урология: терминальная хроническая почечная недостаточность – не приговор

## Разговор специалиста с коллегами и пациентами

Диагноз хронической почечной недостаточности (хронической болезни почек) и необходимость проведения диализа или пересадки почки может перевернуть всю жизнь пациента. Понимание того, что происходит с организмом, поможет пациенту и его близким лучше приспособиться к сложившимся обстоятельствам и подготовиться к дальнейшему лечению и новому образу жизни. В этой статье мы расскажем о причинах развития болезни и о существующих методах лечения. Она отвечает на многие вопросы, которые обычно задают врачу больные с хронической почечной недостаточностью.

Конечно, статья не сможет заменить беседы с врачами, медсестрами и другими специалистами, которые наблюдают пациента, но пациент может взять ее домой, прочесть в удобное для него время и получить дополнительную информацию, наряду с информацией, полученной от специалистов. Пациенту необходимо помнить: он не одинок, вокруг много людей, способных объяснить то, что пока непонятно. Достаточно всего лишь спросить!

### Для чего служат почки?

Работоспособные почки необходимы для поддержания здоровья и выполняют жизненно важные функции: очищение/фильтрация крови от токсических веществ, выведение лишней жидкости, продукция гормона эритропоэтина, участие в обмене кальция, фосфора и витамина D3, поддержание артериального давления, поддержание кислотно-щелочного состояния, поддержание питательного статуса организма.

### Зачем нужна моча?

В почках происходит сложный процесс образования мочи. С мочой организм избавляется от вредных веществ, а также от избытка соли и воды. Почки человека в норме вырабатывают около 1-1,5 л мочи в сутки, хотя эта величина может сильно варьироваться. Что такое почечная недостаточность? Почечная недостаточность – это состояние, при котором почки перестают справляться со своими функциями.

### Острая почечная недостаточность (ОПН)?

Внезапное выраженное нарушение функции почек («отказ почек»). Из-за травмы, острой тяжелой инфекции или отравления почки вдруг перестают работать. При своевременном лечении острая почечная недостаточность обычно проходит за несколько недель, и организм полностью восстанавливается, то есть это состояние обратимо.

### Хроническая почечная недостаточность (ХПН)?

Постепенное нарушение работы почек в ходе длительного заболевания, например, сахарного диабета, гипертонической болезни. Хроническая почечная недостаточность имеет свойство прогрессировать и со временем переходит в терминальную стадию хронической почечной недостаточности (ХТНП). Это состояние необратимо, но поддается лечению.

### Терминальная хроническая почечная недостаточность (ХТНП)?

Стадия хронической почечной недостаточности, при наступлении которой для обеспечения жизни больного требуется проведение диализа либо пересадка почки.

### Как почечная недостаточность отражается на самочувствии?

Человек может не ощущать симптомов хронической почечной недостаточности до тех пор, пока функция почек не снизится на 80%. Кто-то даже не подозревает, что болен, и до поры до времени не обращает внимания на появляющиеся симптомы. По мере того как болезнь прогрессирует и почки утрачивают свои функции, нарастают следующие симптомы: потеря аппетита, неприятный вкус во рту, тошнота, рвота, потеря веса, отечность конечностей и припухлость вокруг глаз, кожный зуд, потемнение кожи, усталость, быстрая утомляемость, слабость, бессонница, мышечные спазмы, одышка. При появлении этих симптомов необходимо сообщить о них врачу или медсестре.

### Что такое уремия?

Уремия – это медицинский термин, который используют для обозначения симптомов, появляющихся при значительном снижении функции почек. При уремии в крови значительно увеличивается концентрация токсических веществ и продуктов жизнедеятельности организма, что может привести к угрожающим для жизни состояниям.

Каковы причины возникновения хронической почечной недостаточности? В настоящее время известно множество причин и заболеваний, которые способствуют возникновению хронической почечной недостаточности. Вот некоторые из них.

Сахарный диабет – одна из наиболее частых причин хронической почечной недостаточности. Для сахарного диабета характерно повышение уровня сахара (глюкозы) в крови. Глюкоза «тянет» за собой большое количество жидкости, что вызывает повышение давления внутри почек: увеличивается нагрузка на кровеносные сосуды почек, которые в норме выполняют

роль фильтров. Резерв работы почек довольно большой, но со временем он начинает истощаться и, в конце концов, появляются симптомы почечной недостаточности.

Гипертоническая болезнь – повышенное артериальное давление – также повреждает кровеносные сосуды почек. Кроме того, хроническое заболевание почек само по себе может привести к развитию артериальной гипертензии вследствие накопления жидкости в организме.

Неконтролируемая артериальная гипертензия ускоряет развитие почечной недостаточности.

Воспалительные заболевания почек – например, гломерулонефрит и пиелонефрит.

Наследственные болезни – например, поликистоз почек и врожденные аномалии например, недоразвитие почек.

Системные воспалительные заболевания – системная красная волчанка, склеродермия, геморрагический васкулит. Мочекаменная болезнь. Злокачественные опухоли мочевыводительной системы.

Как лечат терминальную почечную недостаточность?

При терминальной почечной недостаточности применяют диализ или трансплантацию – операцию по пересадке почки.

Трансплантация почки. При этом способе лечения берут здоровую почку у одного человека (донора) и пересаживают ее больному с почечной недостаточностью (реципиенту). Операцию выполняет хирург в специальном трансплантологическом отделении.

Диализ. Это метод очищения растворов (в том числе и крови, которая также является биологическим раствором) от токсинов. Существует два основных метода диализа: гемодиализ и перитонеальный диализ. Для проведения диализа необходимо наличие фильтра или «полупроницаемой мембраны». При гемодиализе используется синтетический фильтр. При перитонеальном диализе фильтром является брюшина – естественная биологическая мембрана брюшной полости.

Диализ и трансплантация почки – это два разных способа замещения утраченных функций почек, так называемая заместительная почечная терапия. Как правило, лечение начинают с диализа, а затем проводят пересадку почки.

Время начала диализа определяет врач, он же ответит на все вопросы пациента, связанные с индивидуальными сроками начала диализного лечения. Своевременное начало диализа позволяет избежать осложнений хронической почечной недостаточности и максимально продлить жизнь.

В зависимости от клинических показателей у конкретного больного врач может принять решение отсрочить начало диализа. Важно понимать, что отсрочка не означает, что диализ не следует проводить вовсе. Независимо от сроков начала диализного лечения пациенту необходимо контролировать артериальное давление, уровень сахара в крови, соблюдать рекомендованную врачом диету и принимать назначенные лекарства.

Ни диализ, ни пересадка почки не излечивают от хронической болезни почек, которая вызвала почечную недостаточность. Эти виды лечения избавляют от симптомов почечной недостаточности, продлевают жизнь и улучшают качество жизни.

Перитонеальный диализ. Перитонеальный диализ можно проводить большинству больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. В отдельных случаях перитонеальный диализ может быть противопоказан, например, при значительном избыточном весе или если в прошлом больной перенес тяжелую операцию на органах брюшной полости. Во многих странах мира метод перитонеального диализа является терапией первого выбора для лечения хронической почечной недостаточности.

Начало лечения перитонеальным диализом дает множество преимуществ: непрерывный диализ – очищение крови происходит 24 часа в сутки 7 дней в неделю по аналогии с работой здоровых почек. Больной сам подбирает удобное время и место для проведения процедуры (дома, на работе, на даче и т.д.). Более гибкая диета (менее жесткие ограничения в потреблении соли и жидкости). Это неполный перечень преимуществ перитонеального диализа. За дополнительной информацией обратитесь к лечащему врачу.

Больные, проводящие перитонеальный диализ, могут сами выбрать подходящее место и время для проведения диализа. Окружающие могут даже не заметить, что в образе жизни произошли изменения, если только пациент сам не решит сообщить им об этом.

При перитонеальном диализе заместительная почечная терапия выполняется за счет естественных возможностей организма. В данном случае очищение крови от токсических веществ и выведение лишней жидкости происходит в брюшной полости (в животе) пациента.

Брюшную полость изнутри выстилает особая оболочка – брюшина. В брюшине находится много кровеносных сосудов, которые взаимодействуют со специальным диализирующим раствором и выделяют в него токсические вещества и избыток жидкости.

При постоянном или непрерывном амбулаторном перитонеальном диализе (ПАПД) очищение крови происходит 24 часа в сутки 7 раз в неделю. Во время процедуры ПАПД пациенты не должны находиться в лечебном учреждении, то есть могут свободно передвигаться. Четыре раза в сутки пациенты самостоятельно меняют диализирующий раствор; каждая из таких процедур занимает 20-30 минут.

Диализирующий раствор находится в запечатанных пластиковых пакетах, которые подсоединяются к перитонеальному катетеру с помощью трубок и зажимов. Время для смены диализирующего раствора больной выбирает сам. Можно придерживаться, например, такого расписания: 1-я смена – перед завтраком; 2-я смена – перед обедом; 3-я смена – перед ужином; 4-я смена – перед сном. В период между процедурами можно полноценно заниматься своими повседневными делами (работой, учебой, хобби и т.д.).

Перитонеальный диализ выполняется в 3 этапа:

1. Заливка диализирующего раствора в брюшную полость в течение 10-15 минут. Диализирующий раствор является стерильным и находится в запечатанных пластиковых пакетах.

2. Задержка (экспозиция) диализирующего раствора в брюшной полости в течение определенного времени (обычно 3-6 часов). Это время необходимо для качественного очищения крови. Очищение крови при перитонеальном диализе происходит естественным образом, то есть незаметно для пациента.

3. Слив раствора из брюшной полости в течение 10-15 минут. Вместе с использованным раствором из организма выходит токсические вещества и лишняя жидкость.

Четыре раза в сутки больные самостоятельно меняют диализирующий раствор. Каждая из таких процедур занимает 20-30 минут. У него процедуры замены диализирующего раствора можно смотреть телевизор, читать книгу, общаться по телефону. В период между процедурами активность ничем не ограничена: можно заниматься привычными делами, в том числе делать разрешенные физические упражнения.

Большинство больных проводят перитонеальный диализ самостоятельно или с помощью родственников, а больные посещают для периодических медицинских осмотров. Медицинская сестра диализного отделения обучает пациентов самостоятельно выполнять все этапы процедуры перитонеального диализа, это несложно. Большинство легко обучается технике диализа за несколько дней. Дополнительную информацию о том, почему этот метод предпочтителен, лечащий врач, как правило, обсуждает с пациентом индивидуально.

### Перитонеальный катетер.

Для перитонеального диализа необходим постоянный доступ к брюшной полости. Этот доступ осуществляется через перитонеальный катетер – мягкую гибкую пластиковую трубку, которую врач вводит в брюшную полость во время несложной хирургической операции, проводимой под общим обезболиванием или местной анестезией. Катетер вводится в брюшную полость, как правило, чуть ниже пупка и несколько сбоку от него. Точное место введения катетера определяет врач с учетом того, чтобы катетер было удобно прикрывать одеждой, и чтобы он не мешал в повседневной жизни. Пакеты с диализирующим раствором подсоединяются к перитонеальному катетеру с помощью системы трубок, которые входят в комплект.

В ряде клинических исследований отмечаются лучшие результаты выживаемости пациентов при использовании метода перитонеального диализа. Метод перитонеального диализа позволяет поддерживать более естественное колебание уровня токсинов и водного баланса, потому что работает непрерывно 24 часа в сутки, как и здоровые почки. Не влияет на лечение, назначенное другими специалистами. Удобно: диализ производится пациентом на дому или на рабочем месте. Можно самостоятельно планировать процедуры замены диализного раствора исходя из индивидуального распорядка дня. Пакеты с раствором небольшие; их замену можно производить практически где угодно. Можно самостоятельно путешествовать. Нет необходимости использовать иглы для инъекций для доступа в кровотоки. Для каждого пациента могут быть определены дополнительные преимущества, которые в каждом случае обсуждаются индивидуально между врачом и пациентом.

Недостатки. Помимо возможных медицинских побочных эффектов, пациенту необходимо предусмотреть наличие места, достаточного для хранения растворов дома. Следует учесть:



хранить растворы для перитонеального диализа следует при комнатной температуре в сухом помещении. Место для растворов должно быть рассчитано с учетом необходимости хранения 10-15 коробок размером 35x25x20 см.

Каковы ощущения во время нахождения диализного раствора в брюшной полости?

– Когда пациент впервые начинает проводить процедуру заливки диализного раствора в брюшную полость, может появиться легкое ощущение наполнения, но вскоре оно проходит, и в дальнейшем пациент практически не ощущает ни притока раствора, ни излишка жидкости внутри живота.

Можно ли заниматься физкультурой и спортом, находясь на перитонеальном диализе?

– Да. Существует много физических упражнений и видов спорта, которыми разрешено заниматься (теннис, спортивная ходьба, бег и др.). Лечащий врач посоветует, какой именно вид спорта может быть рекомендован.

### Причиняет ли боль катетер?

– Место, откуда выходит перитонеальный катетер, по мере заживления (в течение 1-2 недель после операции) перестает болеть.

Находясь на перитонеальном диализе, необходимо ли соблюдать специальную диету?

– Существуют некоторые ограничения в питании, но они менее существенны, чем при гемодиализе. Пациенты на перитонеальном диализе должны придерживаться диеты с высоким содержанием белков. Рекомендация диеты осуществляется лечащим врачом.

### Изменяется ли самочувствие на перитонеальном диализе?

– При соблюдении всех рекомендаций лечащего врача и своевременном проведении процедуры смены диализного раствора самочувствие пациента, как правило, улучшается.

### Гемодиализ.

Гемодиализ – это метод очищения крови с помощью специального диализного аппарата, который также называется «искусственная почка». Очищение крови происходит в диализаторе, который представляет собой синтетический фильтр. Кровь поступает из организма пациента по системе трубок, которые называются крововводящие магистрали. Для того, чтобы кровь могла быть легко выведена из организма и возвращена в сосудистое русло, пациентам делают операцию для формирования сосудистого доступа. Обычно это используют кровеносные сосуды, расположенные на предплечье правой или левой руки. В зависимости от разновидности сосудистый доступ носит название артериовенозной фистулы или «сосудистый протез».

Находясь на гемодиализе, необходимо соблюдать строгую диету с ограничением жидкости и белковых продуктов, чтобы в промежутках между сеансами в организме накапливалось меньше токсичных продуктов обмена веществ и жидкости. Больные приезжают в центр для проведения процедуры гемодиализа в назначенное время два или три раза в неделю. Обычная длительность процедуры – 4 часа. Диализные смены чередуются по схеме: понедельник – среда – пятница или вторник – четверг – суббота; воскресенье – выходной день. Процедуру проводит специально подготовленный персонал – врачи и медицинские сестры отделений гемодиализа. В течение суток на одном диализном аппарате лечение может проводиться двукратно пациентам в несколько смен. Чтобы избежать передачи инфекций от пациента к пациенту, медицинский персонал должен проводить качественную очистку аппаратов после каждой процедуры.

Гемодиализ можно проводить большинству больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Гемодиализ является прерывистой процедурой очищения

крови. Между процедурами гемодиализа, как правило, проходит 1-2 дня, в течение которых в организме пациента накапливаются избыток жидкости и токсины, что приводит к значительным колебаниям артериального давления и ухудшению самочувствия пациентов. Пациент должен регулярно самостоятельно добираться до диализного центра для проведения очередной процедуры диализа. В ряде случаев это может быть затруднительно, если диализный центр находится далеко от дома.

### Виды сосудистого доступа для гемодиализа

Артериовенозная фистула, которая формируется путем сшивания артерии и вены. Фистулу накладывают под кожей, обычно в области предплечья не доминирующей руки. Наложение артериовенозной фистулы – это небольшая хирургическая операция, ее проводят под местной анестезией или общим обезболиванием. Место наложения фистулы необходимо беречь: не травмировать и не перенапрягать руку.

Сосудистый протез – это мягкая гибкая трубка из синтетического материала, при помощи которой соединяют артерию и вену. Сосудистые протезы устанавливаются в том случае, если вены имеют малый диаметр, повреждены или соединены артерией и вены затруднено в силу анатомических особенностей сосудов. Обычно сосудистые протезы устанавливаются в области предплечья не доминирующей руки. Для установки сосудистого протеза также требуется операция.

Иногда, чтобы получить доступ к крупной вене, – обычно яремную или подключичную, расположенную в области шеи, либо бедренную, расположенную в области паха, – устанавливают специальную пластиковую трубку – сосудистый катетер. Для этого также требуется небольшая операция, которую проводят под местной анестезией или под наркозом.

Каковы особенности диеты у пациентов на гемодиализе?

Гемодиализ – прерывистая процедура и в промежутках между сеансами из организма не выводится натрий (соль), калий, вода и многие другие вещества. Соль, поступившая в организм с пищей, между сеансами гемодиализа будет вызывать жажду. Выпитая из-за жажды вода и соль, потребляемая с пищей, могут привести к подъему артериального давления, поэтому пациент должен ограничивать прием соли и воды и потреблять их равномерно в промежутках между процедурами гемодиализа. Существует также другие ограничения в диете, о которых врач сообщает пациенту во время лечения.

Как осложнения гемодиализа могут отразиться на качестве жизни?

Во время лечения гемодиализом пациент должен строго соблюдать водный режим и диету, назначенную врачом. Поскольку гемодиализ является прерывистой процедурой и в промежутках между сеансами накапливается избыток жидкости и токсины, то пропуск очередной процедуры может поставить под угрозу жизнь пациента.

В случае если пациент не соблюдал водно-питьевой режим или пропустил очередную смену гемодиализа, может возникнуть перегрузка организма.

Кому проводится пересадка почки? Пересадка почки показана далеко не всем. Возможность трансплантации и риски, связанные с пересадкой почки, определяет врач, поскольку в ряде случаев существует риск, что донорская почка не приживется и будет отторгнута организмом. Трансплантация почки не проводится в случаях, если имеются заболевания, при которых операция сопряжена с угрозой для жизни или которые ставят под сомнение долгосрочный успех трансплантации: инфекционные заболевания в стадии обострения; заболевания сердца, органов дыхания и печени; злокачественные опухоли на поздних стадиях, не поддающиеся лечению; СПИД и другие.

Что нужно для пересадки почки? Для поиска подходящего донора требуется время. Пациентов, у которых нет противопоказаний к проведению пересадки почки, вносят в «лист ожидания». В «листе ожидания» указывают показатели, полученные при обследовании, в первую очередь – группу крови и специальные белки-антигены (так называемое типирование по антигенам HLA).

Здоровая почка может быть получена из двух источников: от здорового кровного родственника – родственная трансплантация; от умершего человека – трупная трансплантация.

Жизнь после пересадки почки. Успешная пересадка почки позволяет больному с хронической почечной недостаточностью вести образ жизни, максимально приближенный к образу жизни, который он вел до болезни. Донорская почка служит не бесконечно, поэтому пациенты молодого возраста нередко переносят несколько операций по пересадке почек. В течение 5 лет после пересадки, функция трансплантированной почки сохраняется у 70-75% пациентов, в течение 10 лет – у 30-35%. Когда донорская почка утрачивает свою функцию, больной либо возвращается к диализу, либо ждет новую почку.

Если трансплантированная почка работает хорошо, то никакой необходимости в специальной диете нет, но когда почка начинает нарушаться, может снова потребоваться соблюдение диеты.

После пересадки почки необходимо каждый день принимать иммунодепрессанты, чтобы не произошло отторжение почки. Отторжение объясняется тем, что иммунная система организма всегда пытается избавиться от инородного тела, которое, в данном случае, оказывается пересаженной почкой. Иммунодепрессанты подавляют иммунную систему человека, препятствуя развитию отторжения почки, но, при этом, ослабляют защиту от различных болезней, в первую очередь от инфекций. К побочным эффектам иммунодепрессантов относятся: прибавка в весе, кожные изменения, заболевания костей, повышение риска развития злокачественных опухолей, стероидный диабет и перепады настроения.

К сожалению, иногда даже иммунодепрессанты не в силах воспрепятствовать отторжению пересаженной почки. Тогда приходится возвращаться к диализу и, возможно, ждать, пока подберут новую почку для пересадки.

Когда здоровая донорская почка начинает функционировать, отсутствует необходимость в проведении диализа. Возможен возврат к привычному образу жизни и обычному рациону питания.

Недостатки. Пациент подвергается риску, связанному с проведением операции большого объема. Необходимо всю жизнь ежедневно принимать лекарства для профилактики отторжения почки, которые угнетают иммунитет – иммунодепрессанты. Иммунодепрессанты имеют различные побочные действия. Возможно отторжение почки. Важно помнить, что лечение хронической почечной болезни – это комплексный и длительный процесс, который происходит в течение времени. При этом виды заместительной почечной терапии могут меняться в зависимости от изменений в состоянии здоровья пациента.

повышенный риск кровотечений после процедуры, что связано с использованием гепарина (препарат, снижающий свертываемость крови); тромбоз сосудистого доступа, что может препятствовать проведению процедуры; угроза кровопотери во время сеанса, если возникла техническая неисправность аппарата или в силу осложнений, связанных с сосудистым доступом; риск воздушной эмболии при попадании воздуха в кровопроводящую систему.

Несмотря на развитие технологии гемодиализа, безусловно, выбор данного вида терапии должен приниматься врачом и пациентом на основе анализа всех клинических параметров и состояния здоровья пациента.

Преимущества: процедуру выполняет медицинский персонал в больнице. Проводится 3 раза в неделю. Нет необходимости хранить дома оборудование и растворы.

Недостатки: для проведения процедуры диализа каждый раз выполняется прокол сосудистого доступа 2 иглами (если у пациента артериовенозная фистула или сосудистый протез). Строгое ограничение физической нагрузки на оперированную руку. Строгие ограничения в диете и соблюдении питьевого режима. При проживании пациента вдали от диализного центра может возникнуть необходимость переезда ближе к диализному центру. После процедуры гемодиализа необходима длительная адаптация в течение 4-8 часов. Влияние расписания работы диализного центра на трудовую деятельность.

Выбор подходящего вида диализа. Итак, существует несколько способов лечения хронической болезни почек с помощью заместительной почечной терапии. У каждого из них есть свои достоинства и недостатки. Выбор того или иного способа индивидуален и зависит от клинических показателей здоровья пациента, результатов лабораторных анализов крови и мочи, показателя остаточной функции почек. При этом пациент и его родственники должны быть проинформированы обо всех видах диализа – будь то перитонеальный диализ или гемодиализ. Окончательное решение о виде диализа также принимается с учетом образа жизни, который наиболее предпочтителен для пациента. При этом всегда важно прислушиваться к мнению врача и строго соблюдать все рекомендации.

Что такое пересадка почки? Пересадка почки – это сложная хирургическая операция, во время которой здоровую почку одного человека (донора) пересаживают в брюшную полость больного (реципиента). Пересаженная здоровая почка начинает выполнять работу, с которой не справлялись больные почки.

Пересадка, или трансплантация, почки – это эффективный способ лечения хронической почечной недостаточности. В случае успеха трансплантации избавляет больного от необходимости проводить диализ.

Успешно пересаженная почка очищает кровь гораздо лучше, чем любой вид диализа. У больных с пересаженной почкой гораздо меньше ограничений, выше качество жизни и степень реабилитации, чем у больных, проводящих диализ.

Кому проводится пересадка почки? Пересадка почки показана далеко не всем. Возможность трансплантации и риски, связанные с пересадкой почки, определяет врач, поскольку в ряде случаев существует риск, что донорская почка не приживется и будет отторгнута организмом. Трансплантация почки не проводится в случаях, если имеются заболевания, при которых операция сопряжена с угрозой для жизни или которые ставят под сомнение долгосрочный успех трансплантации: инфекционные заболевания в стадии обострения; заболевания сердца, органов дыхания и печени; злокачественные опухоли на поздних стадиях, не поддающиеся лечению; СПИД и другие.

Что нужно для пересадки почки? Для поиска подходящего донора требуется время. Пациентов, у которых нет противопоказаний к проведению пересадки почки, вносят в «лист ожидания». В «листе ожидания» указывают показатели, полученные при обследовании, в первую очередь – группу крови и специальные белки-антигены (так называемое типирование по антигенам HLA).

Здоровая почка может быть получена из двух источников: от здорового кровного родственника – родственная трансплантация; от умершего человека – трупная трансплантация.

Жизнь после пересадки почки. Успешная пересадка почки позволяет больному с хронической почечной недостаточностью вести образ жизни, максимально приближенный к образу жизни, который он вел до болезни. Донорская почка служит не бесконечно, поэтому пациенты молодого возраста нередко переносят несколько операций по пересадке почек. В течение 5 лет после пересадки, функция трансплантированной почки сохраняется у 70-75% пациентов, в течение 10 лет – у 30-35%. Когда донорская почка утрачивает свою функцию, больной либо возвращается к диализу, либо ждет новую почку.

Если трансплантированная почка работает хорошо, то никакой необходимости в специальной диете нет, но когда почка начинает нарушаться, может снова потребоваться соблюдение диеты.

После пересадки почки необходимо каждый день принимать иммунодепрессанты, чтобы не произошло отторжение почки. Отторжение объясняется тем, что иммунная система организма всегда пытается избавиться от инородного тела, которое, в данном случае, оказывается пересаженной почкой. Иммунодепрессанты подавляют иммунную систему человека, препятствуя развитию отторжения почки, но, при этом, ослабляют защиту от различных болезней, в первую очередь от инфекций. К побочным эффектам иммунодепрессантов относятся: прибавка в весе, кожные изменения, заболевания костей, повышение риска развития злокачественных опухолей, стероидный диабет и перепады настроения.

К сожалению, иногда даже иммунодепрессанты не в силах воспрепятствовать отторжению пересаженной почки. Тогда приходится возвращаться к диализу и, возможно, ждать, пока подберут новую почку для пересадки.

Когда здоровая донорская почка начинает функционировать, отсутствует необходимость в проведении диализа. Возможен возврат к привычному образу жизни и обычному рациону питания.

Недостатки. Пациент подвергается риску, связанному с проведением операции большого объема. Необходимо всю жизнь ежедневно принимать лекарства для профилактики отторжения почки, которые угнетают иммунитет – иммунодепрессанты. Иммунодепрессанты имеют различные побочные действия. Возможно отторжение почки. Важно помнить, что лечение хронической почечной болезни – это комплексный и длительный процесс, который происходит в течение времени. При этом виды заместительной почечной терапии могут меняться в зависимости от изменений в состоянии здоровья пациента.

Заведущий урологическим отделением, врач-уролог Г.В.Иванов

## Больше возможностей для зарплатных клиентов ВТБ



Банк ВТБ завершил юридические процедуры по присоединению ВТБ24 и с 1 января 2018 года начал обслуживание под единым брендом. О преимуществах для зарплатных клиентов и специальных условиях, которые предлагает банк сотрудникам бюджетной сферы – в нашем материале.

### Зарплатная Мультикарта ВТБ – удобство, выгода и надежность

С 1 января объединенный ВТБ полностью перешел на выпуск Мультикарты, универсального продукта, заменившего всю ранее действующую линейку пластиковых карт банка. Теперь, становясь зарплатным клиентом ВТБ, наряду с бесплатным оформлением и обслуживанием карты вы автоматически получаете ряд бонусов и преимуществ:

- зачисление процентов на остаток по счету;
- возможность менять категорию начисления вознаграждений ежемесячно;
- скидки и привилегии от партнеров банка и платежной системы;
- набор бесплатных сервисов: смс-информирование, доступ к системе интернет-банкинга;
- безлимитное и бескомиссионное снятие в банкоматах Группы ВТБ по всей России;

• возможность бесконтактной оплаты. Карту можно настроить под свои конкретные потребности, просто подключив определенные опции. При минимальных тратах от 15 000 рублей в месяц держатель карты может получить: 10% cash back за покупки с опцией «Авто» или «Рестораны», до 10% по накопительному счету с опцией «Сбережения», 4% вознаграждения за покупки в виде миль с опцией «Путешествия» или бонусов в опции «Коллекция», 2% cash back за все покупки с опцией «Cash back», либо 7% на остаток по счету. Чем больше клиент тратит, тем более выгодно для него пользоваться Мультикартой. Выбранную опцию при желании можно менять раз в месяц. Для этого достаточно позвонить в контакт-центр банка и сообщить о своем намерении.

Отдельно стоит отметить, что для сотрудников бюджетной сферы все зарплатные карты теперь оформляются на базе платежной системы «МИР». С национальной платежной картой можно совершать все привычные операции: вносить и снимать наличные, переводить деньги на другие карты, пополнять счет телефона, платить за коммунальные услуги, совершать покупки на сайтах, не боясь за сохранность данных. Высокий уровень безопасности транзакций по онлайн- и офлайн-платежам обеспечивается специально разработанным чипом, оберегающим карты от возможного копирования и мошеннических действий.

**Специальные условия обслуживания в ВТБ для медицинских работников**

Для своих зарплатных клиентов – сотрудников сфер здравоохранения, образования и государственных служб банк ВТБ разработал специальную комплексную программу «Люди Дела».

Большим преимуществом программы является получение льготных кредитных продуктов. Ипотека – под 9,1% годовых с минимальным первоначальным взносом от 10% стоимости квартиры. Кредит можно оформить на срок до 30 лет. К тому же есть возможность использовать материнский капитал как на погашение кредита, так и в качестве первоначального взноса.

Кредит наличными также выдается с пониженной процентной ставкой. Его можно оформить сроком до 5 лет, без комиссий и поручителей, по одному документу – паспорту гражданина РФ. Предварительное решение по оформленной заявке принимается максимально быстро – всего за 3 минуты. Процентная ставка по таким займам снижена, а для клиентов, имеющих ипотечный кредит в любом банке, он предлагается на еще более привлекательных условиях.

**ВТБ обеспечит комфортное погашение кредитов других банков**

Своим зарплатным клиентам, ранее воспользовавшимся кредитными продуктами других коммерческих банков на менее выгодных условиях, ВТБ предлагает программу рефинансирования. Программа позволяет снизить ежемесячный платеж, объединить несколько (до шести) кредитов в один и погасить долг одним комфортным платежом. Вы оформляете кредит на специальных условиях и погашаете долг в другом банке, при этом получаете дополнительные денежные средства в ВТБ – до 5 млн рублей. Чтобы воспользоваться рефинансированием, вам достаточно предоставить в банк только кредитный договор. Дополнительные комиссии, в том числе за перевод средств в другой банк, ВТБ не взимает.

Получить более подробную информацию об условиях зарплатного обслуживания в банке ВТБ можно по телефону: 8 (81310) 9-24-00.



## Саранск. Город, в который хочется возвращаться...

17 марта состоялась экскурсионная поездка сотрудников ФГБУЗ КБ № 50 ФМБА России в столицу Республики Мордовия – город Саранск.

Обзорная экскурсия по городу началась на площади Тысячелетия, у гигантского камня с высеченной картой Мордовии десятого века. На этой площади также расположено здание МГУ имени Н.П. Огарева, красивейший спортивный комплекс.

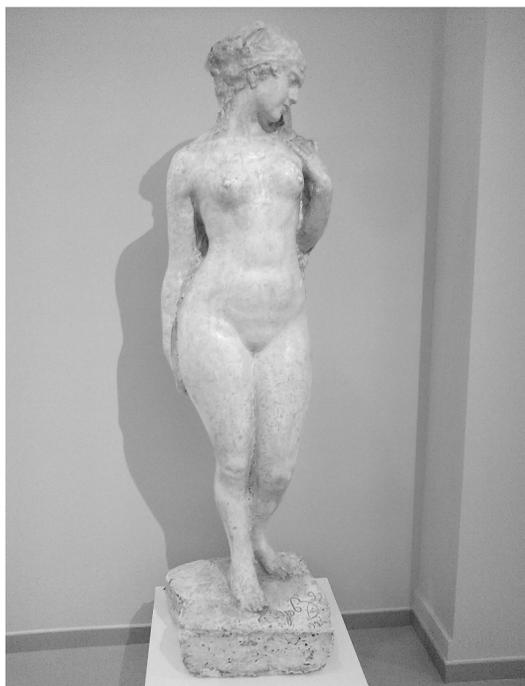
Нашему вниманию был представлен кафедральный собор святого воина Федора Ушакова – грандиозный, величественный, виден издалека.

И, конечно, строящийся футбольный стадион «Мордовия Арена», где в июне пройдут матчи чемпионата мира по футболу 2018 года.

Следующим пунктом нашей программы стало посещение Мордовского республиканского музея изобразительных искусств имени С.Д.Эрзы. Мы посетили выставку легендарных работ мастера, выполненных из дерева, мрамора, методом прямой вырубки.

Кульминацией поездки стало посещение оперетты «Летучая мышь» в государственном музыкальном театре имени И.М.Якушева.

После посещения Саранска у нас осталось о нем впечатление, как о современном, благоустроенном, динамично развивающемся городе, чистом и ухоженном, красивом и гостеприимном!



Муниципальное бюджетное учреждение культуры «Саровский драматический театр»

### АПРЕЛЬ

СЕРЕБРЯНЫЙ РУБЛЬ	В. Островский сказка в концертном исполнении	01 <sup>10</sup> 07 <sup>10</sup> 08 <sup>10</sup>
ОН, ОНА, ОКНО...	Л. Керн балет	01 <sup>18</sup>
ЧЕЛОВЕК	М. Горький сказка-поэма	05 <sup>18</sup> 06 <sup>18</sup>
СБИТЫЙ ДОЖДЕМ	А. Кудрявцев сказка для взрослых	07 <sup>18</sup>
РОМЕО И ЖАНЕТТА	Ж. Анжю опера у моря	08 <sup>18</sup>
ПОД НЕБОМ ПАРИЖА	литературно-музыкальная комедия	12 <sup>18</sup>
МАША И ВИТЯ ПРОТИВ «ДИКИХ ГИТАР»	Л. Филан В. Луговой музыкальная сказка	14 <sup>10</sup> 15 <sup>10</sup>
ЧЕЛОВЕК	М. Горький сказка-поэма	14 <sup>18</sup>
СЕРЕБРЯНЫЙ РУБЛЬ	В. Островский сказка в концертном исполнении	21 <sup>10</sup> 22 <sup>10</sup> 29 <sup>10</sup>
СИЛЬВИЯ	А. Керн лирическая балета	27 <sup>18</sup>

гастроли и концерты

ЕЛЕНА ВОРОБЕЙ	03 <sup>18:30</sup>
БДТ НЕОБИТАЕМЫЙ ПОРТАЛ	13 <sup>19</sup>
ДРУЗЬЯ	17 <sup>18:30</sup>
ВАЛЕРИЙ ЛЕОНТЬЕВ	28 <sup>18</sup>

БИЛЕТЫ 7-60-09 | TEATRSAROV.RU | VK.COM/SDTEATR | TEATRSAROV | TEATRSAROV

Муниципальное бюджетное учреждение культуры «Саровский драматический театр»

### Театр кукол «Кузнечик»

Кот в сапогах	рекомендован к просмотру детям с 4-х лет	01 <sup>11</sup> 16 <sup>16</sup>
Кот в сапогах	рекомендован к просмотру детям с 3-х лет	07 <sup>11</sup> 16 <sup>16</sup> 08 <sup>11</sup> 16 <sup>16</sup>
Необыкновенное состязание	Е. Сперанский	14 <sup>11</sup> 16 <sup>16</sup> 15 <sup>11</sup> 16 <sup>16</sup>
Колобок	рекомендован к просмотру детям с 3-х лет	21 <sup>11</sup> 16 <sup>16</sup> 22 <sup>11</sup> 16 <sup>16</sup>
Колобок	рекомендован к просмотру детям с 3-х лет	29 <sup>11</sup> 16 <sup>16</sup>

БИЛЕТЫ 7-60-09 | TEATRSAROV.RU | TEATR\_KUZNESHIK | KUZNESHIKSAROV

