

Бобруйские Медицинские Известия

№93

сентябрь 2019 г.



Светя другим, стораю сам

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ

БОБРУЙСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ «БЕЛОРУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ»

УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «БОБРУЙСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА»

ОБНОВЛЕНИЕ ПАРКА

27 июня 2019 года, на мероприятиях, посвященных Дню города Бобруйска, в торжественной обстановке, председателем Могилевского областного исполнительного комитета Зайцем Л.К. главному врачу УЗ «Бобруйская центральная больница» Гацко В.В. был вручен подарочный сертификат и ключи от 5 (пяти) новых автомобилей скорой медицинской помощи марки ГАЗель, для нужд УЗ «Бобруйская станция скорой и неотложной медицинской помощи».



Данные автомобили пришли на смену специализированным автомобилям марки УАЗ с целью существенного улучшения доступности и качества оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению г.Бобруйска и Бобруйского района.

**Главный врач УЗ «Бобруйская станция скорой и неотложной медицинской помощи»
Сергей Чудов**

ОТКРЫТИЕ МРТ

Суперсовременный кабинет МРТ был открыт в УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер» 3 июля 2019 года.

Магнитно-резонансный томограф Magnetom Sola имеет совершенно сверхпроводящий электромагнит, который генерирует сильное однородное магнитное поле напряженностью 1,5 Тл, а также системную архитектуру, разработанную для чрезвычайно высокой производительности и стабильности работы на протяжении долгого времени. Представители компании также заявили, что интегрировали в Magnetom Sola технологии искусственного интеллекта,

направленные на правильное позиционирование пациентов и улучшение различных аспектов формирования изображений (учитывается движение сердца, произвольное движение головы или конечностей).

Томограф укомплектован максимальным набором радиочастотных катушек и программных пакетов, что позволяет проводить высококачественное обследование максимального количества анатомических областей тела человека.

**Заместитель главного врача по медицинской части
УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер»
Марина Вайнерчук**



ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Витамин D относится к группе жирорастворимых витаминов. Он естественным образом присутствует лишь в очень ограниченном количестве продуктов питания, а синтез в организме человека возможен только в определенных условиях, когда ультрафиолетовые лучи солнечного света попадают на кожу. Витамин D, получаемый из продуктов питания и в виде пищевых добавок, а также образующийся при пребывании на солнце, биологически инертен. Для активации и превращения в активную форму D-гормона [1,25(OH)₂D] в организме должен пройти два процесса гидроксилирования.

Под термином "витамин D" объединяют группу сходных по химическому строению двух форм витамина: D₂ и D₃.

Витамин D₂ (эргокальциферол) поступает в организм с пищей и содержится преимущественно в продуктах растительного происхождения (злаковые растения, рыбий жир, сливочное масло, молоко, яичный желток), он относится к числу жирорастворимых витаминов и в организме метаболизируется с образованием производных, обладающих сходным с витамином D₃ действием. Его применяют в медицине для профилактики и лечения рахита у детей, для уменьшения гипокальциемии при хронической почечной недостаточности и лечения тяжелых форм мальабсорбции кальция.

Содержание витамина D₃ (колекальциферола) меньше зависит от поступления извне, преимущественно он образуется из находящегося в коже предшественника (провитамина D₃) под влиянием солнечного света. Когда все тело подвергается воздействию солнечных лучей в дозе, вызывающей легкую эритему, содержание витамина D₃ в крови увеличивается так же, как после приема внутрь 10 000 МЕ витамина D₃. При этом концентрация 25(OH)D может достигать 150 нг/мл без какого-либо отрицательного влияния на обмен кальция. Необходимость профилактического назначения витамина

D₃ возникает только тогда, когда отмечается недостаточная инсоляция. С возрастом способность кожи производить витамин D₃ уменьшается, после 65 лет она может снижаться более, чем в 4 раза. Для проявления физиологической активности витамин D₃ в организме подвергается превращениям в печени и почках в активный метаболит кальцитриол – 25(OH)-витамин D.

Кальцитриол – биологически активная форма витамина D, образующаяся при гидроксилировании в печени, а затем в почках витаминов D₂ и D₃. Регуляция синтеза кальцитриола в почках является непосредственной функцией циркулирующего в крови ПТГ, на концентрацию которого в свою очередь по механизму обратной связи оказывают влияние как уровень самого активного метаболита витамина D₃, так и концентрация ионизированного кальция в плазме крови. Кальцитриол стимулирует активность остеобластов и способствует минерализации костного матрикса. Вместе с тем он увеличивает активность и число остеокластов, что стимулирует костную резорбцию.

У белорусов есть все предпосылки к дефициту витамина D: в нашей стране много пасмурных дней и не очень большой период года с активным солнцем.

В исследовании Э.В. Руденко и соавторов была проведена оценка содержания кальцидиола у 148 женщин в возрасте 49–80 лет (средний возраст 62,00 ± 8,74 года), проживающих в различных городах Беларуси: Минске (центральная часть страны), Могилеве (юго-восточный регион) и Бресте (южный регион). В обследованной выборке у 75 % постменопаузальных женщин Беларуси выявлен дефицит витамина D (содержание 25(OH)D в крови менее 20 нг/мл), при этом были получены статистически значимые различия этого показателя в зависимости от региона проживания: наиболее высокие его значения были зафиксированы у лиц, проживающих в юго-восточном регионе страны, содержание кальцидиола в крови было достоверно выше у лиц, регулярно принимавших препараты витамина D в течение 6 месяцев перед включением в исследование в дозе не менее 400 МЕ в сутки.

Скрининг на дефицит витамина D показан только пациентам, имеющим факторы риска его развития, широкий популяционный скрининг дефицита витамина D не рекомендуется.

Группы лиц с высоким риском тяжелого дефицита витамина D:

- заболевания костей (рахит, остеопороз, остеомаляция, гиперпаратиреоз);
- лица старше 60 лет имеющие в анамнезе падения и низкоэнергетический перелом в анамнезе;
- ожирение (взрослые с ИМТ 30 кг/м² и более, пациенты после бариатрических операций);
- беременные и кормящие женщины, имеющие факторы или не желающие принимать профилактически препараты витамина D;
- дети и взрослые с темным оттенком кожи;
- хроническая болезнь почек (СКФ <60 мл/мин);
- печеночная недостаточность (стадии II-IV);
- синдромы мальабсорбции (воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, целиакия), бариатрические операции, радиационный энтерит, муковисцидоз);
- гранулематозные заболевания (саркоидоз, туберкулез, гистоплазмоз, бериллиоз, кокцидиомикоз);
- прием лекарственных препаратов (глюкокортикоиды, антиретровирусные препараты, противогрибковые препараты, противоэпилептические препараты).

Недостаток витамина D в организме человека редко проявляется в явной форме. Адекватные уровни витамина D определяются при концентрации 25(OH)D в сыворотке крови более 30 нг/мл, недостаточность витамина D – при уровнях 20-30 нг/мл, дефицит витамина D – при уровне менее 20 нг/мл. Рекомендуемые целевые значения 25(OH)D при коррекции дефицита витамина D составляют 30-60 нг/мл.

Рекомендация потребления не менее 600 МЕ витамина D для общей

популяции практически здоровых лиц 18-50 лет была определена Институтом медицины США, одобрена большинством клинических рекомендаций, в том числе РАЭ, поскольку позволяет достичь уровней 25(ОН)D более 20 нг/мл у 97% индивидумов данной возрастной группы. Менее четко определена доза витамина Д для достижения большинством лиц концентрации более 30 нг/мл, для чего может потребоваться прием 1500-2000 МЕ в сутки. Лицам старше 50 лет для профилактики дефицита витамина Д рекомендуется получать не менее 800-1000 МЕ витамина Д в сутки. Беременным и кормящим женщинам для профилактики дефицита витамина Д рекомендуется получать не менее 800-1200 МЕ витамина Д в сутки. Для поддержания уровня 25(ОН)D более 30 нг/мл может потребоваться потребление не менее 1500-2000 МЕ витамина Д в сутки. При заболеваниях (состояниях), сопровождающихся нарушением всасывания(метаболизма) витамина Д, рекомендуется прием витамина Д в дозах в 2-3 раза превышающих суточную потребность возрастной группы. Без медицинского наблюдения и контроля 25(ОН)D в крови не рекомендуется назначение доз витамина Д более 10 000 МЕ в сутки на длительный период (более 6 месяцев).

Рекомендуемым препаратом для лечения установленного дефицита витамина Д является колекальциферол (Д3). Предпочтением отдается форме Д3, поскольку она обладает сравнительно большей эффективностью в достижении и сохранении целевых значений 25(ОН)D в сыворотке крови.

В Республике Беларусь в 2016 году расширено количество лекарственных средств колекальциферола (таблица 1), официальную регистрацию получили таблетки с высоким содержанием витамина Д (50 000 МЕ), которые широко применяются за рубежом.

Таблица 1 - Препараты витамина Д, применяемые в Республике Беларусь

Название ЛС витамина Д	Форма выпуска	Содержание препарата в одной капле (таблетке)
Девит (колекальциферол) LAMYRA (Великобритания)	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 750 000 МЕ в упаковке 15 таблеток (1 таблетка 50 000 МЕ)	50 000 МЕ витамина D3 (эквивалентно 1.25 мг колекальциферола) 500 мг
Аквадетрим (колекальциферол) Medana Pharma TERPOL Group J.S.Co (Польша)	Водный раствор 150 000 МЕ во флаконе-капельнице 10 мл (15 000 МЕ (375 мкг) в 1 мл)	Около 500 МЕ
Вигантол (колекальциферол) MerK KGaA (Германия)	Масляный раствор 200 000 МЕ во флаконе-капельнице 10 мл (20 000 МЕ (500 мкг) в 1 мл)	Около 500 МЕ

Лечение дефицита витамина Д (уровень 25(ОН)D в сыворотке крови менее 20 нг/мл у взрослых рекомендуется начинать с суммарной насыщающей дозы колекальциферол 400 000 МЕ с использованием одной из предлагаемых схем, с дальнейшим переходом на поддерживающие дозы (таблица 2).

Таблица 2 - Лечение дефицита и недостаточности витамина Д

Коррекция дефицита витамина В (при уровне 25(ОН) D менее 20 нг/мл)

- 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель внутрь
Вигантол: 100 капель в неделю или по 50 капель 2 раза в неделю.
Аквадетрим: 100 капель в неделю или по 50 капель 2 раза в неделю.
Девит: 1 таблетка 1 раз в неделю независимо от приема пищи.
- 200 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель внутрь
Вигантол: 10 мл (1 флакон) внутрь 1 раз в месяц - 2 месяца
Девит: 4 таблетки внутрь 1 раз в месяц - 2 месяца.
- 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутрь
Аквадетрим: 10 мл (1 флакон) внутрь 1 раз в месяц - 3 месяца
Девит: 3 таблетки 1 раз в месяц - 3 месяца.
- 7 000 МЕ в день в течение 8 недель внутрь Вигантол: 14 капель в день - 8 недель
Аквадетрим: 14 капель внутрь-8 недель
Девит: 1 таблетка 1 раз в 2 недели- 8 недель.

Коррекция недостатка витамина D (при уровне 25(ОН)D 20 –29нг/мл)

- 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутрь Вигантол: 100 капель в неделю или по 50 капель 2 раза в неделю.
Аквадетрим: 100 капель в неделю или по 50 капель 2 раза в неделю.
Девит: 1 таблетка 1 раз в неделю независимо от приема пищи.
- 200 000 МЕ однократно внутрь Вигантол: 10 мл (1 флакон) внутрь
Девит: 4 таблетки внутрь
- 150 000 МЕ однократно внутрь Аквадетрим: 10 мл (1 флакон) внутрь
Девит: 3 таблетки внутрь однократно.
- 7000 МЕ в день в течение 4 недель внутрь Вигантол: 14 капель в день - 4 недели.
Аквадетрим: 14 капель внутрь- 4 недели.
Девит: 1 таблетка 1 раз в 2 недели - 4 недели.

Коррекция недостаточности витамина Д (уровень 25(ОН)D в сыворотке крови 20-29 нг/мл) у пациентов из групп риска костной патологии реко-

мендуется с использованием половинной суммарной насыщающей дозы колекальциферола равной 200 000 МЕ с дальнейшим переходом на поддерживающие дозы согласно таблице 2. Учитывая данные экспериментальных и клинических исследований, опыт применения боллюсных доз витамина Д важно подчеркнуть эффективность и безопасность их применения в рутинной практике. Интоксикация витамином Д является одним из редчайших состояний, и является причиной приема очень высоких доз витамина Д в течение длительного времени. Как правило, интоксикация витамином Д не развивается при содержании кальцидиола в сыворотке крови менее 200 нг/мл. В тоже время следует отметить, что клинико-лабораторными проявлениями интоксикации витамином Д являются гиперкальциемия, гиперфосфатемия, подавление ПТГ, что ассоциировано с развитием нефрокальциноза и кальцификации мягких тканей, в особенности кровеносных сосудов.

Недостаток витамина Д играет важную роль в патогенезе, как патологии костной системы, так и множества различных социально значимых хронических заболеваний, включая сахарный диабет 2 типа, сердечно-сосудистые заболевания, некоторые виды рака, аутоиммунные заболевания и инфекционные болезни, а также ассоциирован с повышенной летальностью, что указывает на необходимость более широкого применения витамина Д в клинической практике.

**Заведующий эндокринологическим отделением
УЗ «Бобринская городская
больница СМП им. В.О. Морзона»
Марина Дробушевич**

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Мануальная терапия — система лечения, которая с помощью воздействия рук позволяет проводить лечение позвоночника и суставов, нарушений в системе мышц, а также заболеваний внутренних органов. Специфическое словосочетание в медицине, воспринимаемое как «лечение руками».

Показания к мануальной терапии

Практика показала, что при решении вопроса о возможности проведения мануальной терапии можно выделить два вида показаний: клинические и функциональные, т.е. отражающие состояние биомеханической системы тела человека.



Клиническими показаниями к мануальной терапии служат:

- Рефлекторные синдромы шейного, грудного, поясничного остеохондроза - цервикалгия, цервикокраниалгия (задний шейный симпатический синдром и др.), торакалгия, люмбаглия, цервикобрахиалгия и люмбоишиалгия с мышечно-тоническими, вегетативно-сосудистыми или нейродистрофическим проявлениями.
 - Корешковые синдромы: вертеброгенный дискогенный радикулит с мышечно-тоническими, вегетативно-сосудистыми или нейродистрофическим проявлениями.
 - Заболевания периферических суставов: артрозы, периартрозы (плечелопаточный периартроз, эпикондилит, начальные стадии деформирующего артроза тазобедренных суставов).
- К функциональным следует отнести наличие патобиомеханических нарушений (которые выявляются при мануальной диагностике), и которые могут проявляться в виде:
- неоптимальной статики позвоночника;
 - регионарного постурального мышечного дисбаланса;
 - изменения объема активных и пассивных движений в регионах позвоночника, отдельных позвоночно-двигательных сегментах, периферических суставах;
 - изменения двигательных паттернов;
 - изменения тонуса скелетных мышц;
 - изменения барьерных функций мышц и фиброзных тканей;

В мануальной терапии показания для ее применения рассматриваются не на основе этиологии заболевания, а на основе патогенеза, когда установлено, что в клинической картине заболевания присутствует вертеброгенный фактор и функциональная блокада, т. е. ограничение подвижности не органического, а функционального характера, в пределах нормальной физиологической функции сустава.

Мануальному терапевту необходимо четко знать те нозологические формы заболеваний, при которых мануальную терапию использовать нельзя.

Абсолютные противопоказания к применению мануальной терапии сле-

дующие:

1. Опухоли позвоночника, спинного и головного мозга, суставов, конечностей, внутренних органов.
2. Специфические и неспецифические инфекционные процессы в позвоночнике и суставах (туберкулезный спондилит, остеомиелит, ревматизм в активной форме).
3. Острые и подострые воспали-



тельные заболевания суставов.

4. Острые и подострые воспалительные заболевания спинного мозга и его оболочек.
5. Свежие травматические повреждения позвоночника и суставов.
6. Состояние после операций на позвоночнике.
7. Болезнь Бехтерева.
8. Осколки секвестрированной дисковой грыжи (в результате травмы).
9. Дисковые миелопатии.
10. Любые факторы, вызывающие резкое расслабление сосудов с лавинообразным увеличением проницаемости сосудистой стенки и, как следствие, ведущие к возможности геморрагического пропитывания мозга (инфекции, алкогольное опьянение, повышение артериального давления выше 180 мм рт. ст.).
11. Острые заболевания желудочно-кишечного тракта, органов грудной полости, острые нарушения мозгового и венечного кровообращения (инсульт, инфаркт, кровотечения, острое воспаление, инфекции и др.).

К относительным противопоказаниям относятся следующие

нозологические формы и состояния:

1. Вертеброгенные синдромы остеохондроза позвоночника в острой стадии.
2. Нестабильность позвоночных сегментов III ст. (спондилолистез более 1/3 к нижележащему позвонку, спондилолизный спондилолистез).
3. Выраженные аномалии развития (незаращение дужек позвонков, сакрализация, люмболизация).
4. Болезнь Форестье (фиксирующий лигаментоз).
5. Консолидированные переломы позвоночника и травматические повреждения межпозвоночных дисков до образования костной мозоли (в среднем 6 месяцев).

6. Артрозы III—IV степени.
7. Врожденные аномалии развития.
8. Интеркуррентные заболевания.
9. Беременность свыше 12 нед.
10. Пожилой возраст старше 65 лет (остеопороз костей).

Осложнения мануальной терапии можно разделить на две категории.

Первая категория осложнений это целая группа нарушений, которые могут, возникнут в результате некачественных действий специалистов. К сожалению, в последнее время все чаще появляются «мануалы» не имеющих никакой теоретической базы под своими действиями, массажистов

стремящихся скопировать определенные манипуляции мануальной медицины, теоретиков, которые прочитав несколько книг - берутся за сложных пациентов, не имея ни каких практических навыков, что рождает множество слухов о мануальной медицине. К наиболее распространенным последствиям, некачественного применения мануальной терапии являются:

-Гипермобильность позвоночника, в результате применения по 20-30 приемов в год все связки позвоночника растягиваются, боль возникает все быстрее и сильнее. Допустимый предел применения мануальной терапии около 10-15 приемов на протяжении года.

-Переломы отростков позвонков, ребер, костей. Как следствие «чрезмерных» манипуляций, может возникнуть данное осложнение. В то время как квалифицированный специалист никогда не перейдет грани гибкости костей, а так же исключит все возможные заболевания, в результате которых уменьшается прочность костей (остеопороз и другие).
Дополнительные смещения и блокирование позвонков, нарушение патобиомеханических цепей, ухудшение общего состояния, появление новых симптомов, прогрессирование остеохондроза. Довольно частое осложнение в результате, которого могут образоваться межпозвоночные грыжи, усилятся боли в позвоночнике, возникнуть боль в стопе, головные боли и другие не типичные проявления вашей «болячки».

-Увеличение боли, ущемление межпозвоночной грыжи и другие.

-Отсутствие результатов, результат лечения должен быть виден уже после первых приемов. Если вам говорят «Ну проведем еще 5-6 процедур, а там посмотрим...», то, скорее всего, с вами работает не мануальный терапевт.

Вторая группа это осложнения, которые могут возникнуть независимо от действий специалиста в результате индивидуальных особенностей пациента. Это, прежде всего, аномалии развития позвонков, сосудов и других тканей, трудностей диагностики и некоторых других факторов. Осложнения при манипуляциях на шейном отделе (головокружение, мигрень,

тошнота, потеря сознания, потери чувствительности и некоторые другие) возникают у 1-2-х человек на 100 тыс. это менее 0,001%. К примеру риск развития сепсиса (системного заражения крови) после удаления аппендицита составляет 1-2%, а риск летальности после кесарево сечения составляет около 5%.

Достижения мануальной терапии это заслуги специалистов, которые регулярно посещают международные, региональные симпозиумы и совершенствуют свои навыки, а также системы здравоохранения, которая ужесточает требования к официально работающим мануальным терапевтам. Мануальная медицина вполне безопасна, если ее применять в разумных пределах, а так же ее будет проводить специалист, который знает, что он делает, может спрогнозировать результат и несет ответственность перед пациентом.

Если на курсе массажа слышны щелчки, хруст позвонков и т.д., это один из признаков что Вам пытаются применить мануальную терапию, будьте осторожны, последствия могут быть более чем не предсказуемые.

Остерегайтесь «мануалов», позволяющих говорить такие фразы, они далеки от медицины и не имеют даже малейших понятий:

«В позвоночнике откладываются соли...» (не откладываются, это один из мифов)

«Я вправлю диск, который выпал.» (диск нельзя вправить, он держится на связках и в принципе выпать он не может, единственное что, так это то, что может образоваться межпозвоночная грыжа)

«Я вправлю скошенный таз, только вы осторожно ходите, а то он может выпать...» (Под словом «скошенный» часто подразумевают функциональное блокирование (ФБ), если его устранить, то как не прыгай все будет нормально, вопрос в том что далеко не каждый умеет полностью устранять ФБ и тем самым результат быстро исчезает).

**Заведующий нейрохирургическим отделением УЗ «Бобруйская центральная больница»
Александр Лындов**

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сердечно-сосудистые заболевания остаются одной из ведущих причин смертности в большинстве развитых стран. Развитие большинства заболеваний сердечно-сосудистой системы сопровождается не только функциональными изменениями артериальных сосудов, но и структурной перестройкой стенки артерии, смещением соотношения между ее компонентами в сторону увеличения коллагена и снижения эластических волокон, а также прогрессированием атеросклероза.

Существуют инвазивные и неинвазивные методики оценки структурно-функционального состояния артериальной стенки.

В последнее десятилетие все более широкое распространение получают неинвазивные методы оценки эластических свойств артерий, удобные для применения в клинической практике.

По тому, какой участок артериального русла подвергается исследованию, все методы изучения эластичности артерий можно разделить на три большие группы: оценивающие системную (интегральную), региональную и локальную эластичность.

Исследование системной эластичности основывается на определении системной артериальной податливости сосудистой стенки, исходя из гемодинамических параметров при анализе формы волны давления.

В клинической практике этот показатель рассчитывается как отношение пульсового артериального давления (ПАД) к ударному объему (УО).

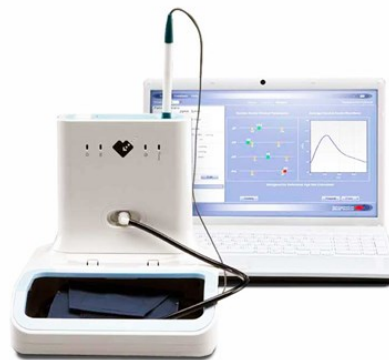
С этой целью могут применяться следующие приборы: HDI/PulseWave CR-2000 или CVProfilor DO-2020/MD-3000 (Hypertension Diagnostics, США).

Получение необходимой информации с помощью этих приборов происходит автоматически неинвазивным путем – используются два датчика: пьезоэлектрический датчик давления, расположенный на запястье правой руки над лучевой артерией, и полупроводниковый датчик в манжете, размещаемой на левом предплечье.

Региональную эластичность сосудистой стенки исследует с использованием косвенных методик. К ним относится, в первую очередь, метод определения скорости распространения пульсовой волны давления (СПВ) на определенных участках сосудистого русла.

В различных аппаратах используются различные варианты регистрации пульсовых волн. В стандартном определении СПВ используется методика, принятая в приборе SphygmoCor (AtCor Medical, Австралия), основанная на последовательной регистрации волн методом аппланационной тонометрии. С целью исключить влияние уровня растягивающего

АД, действующего на стенку артерии в момент регистрации пульсовой волны, японскими исследователями был предложен новый показатель жесткости – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI). Примером приборов, которые рассчитывают данный индекс, являются приборы VaSera-1000 (Fukuda Denshi, Япония) и Colin VP-1000 (Omron Healthcare, Япония).



ния).

SphygmoCor, AtCor Medical, West Ryde, NSW, Australia.

VP1000, Omron Healthcare, Киото, Япония.



Vasera, Fukuda Denshi, Токио, Япония



В основе работы приборов для исследования локальной жесткости поверхностных артерий лежит эхо-трекинг, т.е. отслеживание движений сосудистой стенки в режиме реального времени с помощью специальных ультразвуковых датчиков (Wall Track, Artlab, NIUS). Также с этой целью используется магнитно-резонансная томография.

Измерение сосудистой жесткости следует рекомендовать в качестве одного из методов оценки сердечно-сосудистого риска, в частности, тем пациентам, у которых поражение органов-мишеней не были выявлены рутинными методами.

Врач-терапевт
УЗ «Бобруйская центральная
больница»
Вероника Левчук

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

В настоящее время по данным литературы рак толстой кишки занимает второе место и составляет более 13% с неизменной тенденцией к росту. Основная масса злокачественных новообразований толстой кишки обнаруживается в доброкачественных полипах и аденомах. Более половины этих новообразований обнаруживается в прямой кишке. Для лечения крупных ворсинчатых опухолей и начальных форм рака прямой кишки в прошлом радикальным методом лечения являлась полостная операция: в основном передняя и брюшноанальная резекции, экстирпация прямой кишки и операция Гартмана. На этапах развития эндоскопической хирургии какое-то время приоритетным явилось полное или по частям, порой многоэтапное удаление доброкачественных и злокачественных новообразований прямой кишки посредством колоноскопии. Этот метод имеет ряд преимуществ: малый травматизм самой манипуляции и отсутствие необходимости в полном обезболивании. Однако существенными недостатками его являются: – ограничение движений рабочих инструментов и недостаточная управляемость ими; – невозможность обеспечить полный и надежный гемостаз при ранении сосудов среднего и крупного диаметра; – применение точечной коагуляции повышает возможность некроза в последующем стенки кишки с возникновением ее перфорации и перитонита.



В связи с этим, эндоскопическое хирургическое вмешательство производится в несколько этапов, тем самым удлиняются сроки лечения и реабилитации.

Поиск метода лечения новообразований прямой кишки, обладающего радикальностью удаления опухоли и низкой травматичностью, привел к разработке метода трансанальной эндомикрохирургии (ТЭМ). В 1983 г. G. Buess et al. впервые сделали сообщение о применении метода трансанального иссечения доброкачественных новообразований прямой кишки с помощью, разработанной ими системы для проведения микрохирургических манипуляций – ТЭМ (Transanal endoscopic microsurgery). Система представляла собой операционный ректоскоп широкого диаметра со стереоскопической оптикой и набором эндохирургических инструментов при постоянной инфузии CO₂ в просвет прямой кишки. ТЭМ позволяет малотравматичным способом удалять новообразования нижеампулярного и среднеампулярного отделов прямой кишки.

При методике ТЭМ обеспечивается хорошая визуализация и достаточная степень свободы для осуществления необходимых манипуляций эндоинструментами, что позволяет выполнять подслизистую и трансмуральную резекцию новообразований прямой кишки на расстоянии до 13 сантиметров от зубчатой линии. Высокопрецизионная техника позволяет единым блоком удалять новообразования в пределах слоев кишечной стенки при расположении новообразований в пределах слизистой или производить резекцию стенки кишки при рецидивах ворсинчатых новообразований и при раке прямой кишки в начальной стадии.

Врач-хирург
УЗ «Бобруйская центральная
больница»
Юлия Семашенко

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕЖИМА ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

В отношениях между врачом и пациентом заложено изначальное, естественное неравенство. Специальное знание, которым обладает врач, дает ему в руки власть над пациентом в той сфере, которая представляет для пациента особую ценность. Что касается пациента, то он перед врачом «обнажен физически и эмоционально», и это ставит его в крайне зависимое положение.

Мораль и право призваны выравнять это неравенство тем, что врач принципиально связан определенными обязанностями, тогда как пациент принципиально защищен определенными правами.

Соблюдение врачебной тайны – одно из классических требований профессиональной врачебной этики и одновременно правовая обязанность врача по отношению к пациенту. Оно означает выраженное или подразумеваемое соглашение о том, что врач без согласия пациента не будет распространять информацию, полученную в ходе обслуживания пациента, среди лиц, не имеющих прямого отношения к его лечению.

Термин «врачебная тайна» сложился исторически. Под ним подразумевается конфиденциальность отношений врача и пациента. В клятве Гиппократы содержатся такие слова: «Чтобы при лечении, а также и без лечения я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».

Конфиденциальность нужна для облегчения диагностики и лечения, поскольку уверенность пациента в сохранении врачебной тайны побуждает его быть более откровенным с врачом.

В первую очередь для разрешения поставленного вопроса следует обратиться к положениям Закона «О здравоохранении», который направлен на обеспечение правовых, организационных, экономических и социальных основ государственного регулирования в области здравоохранения в целях сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения. В соответствии с ч. 6 ст. 46 Закона «О

здравоохранении» врачебную тайну составляют:

- 1) информация о факте обращения пациента за медицинской помощью и состоянии его здоровья;
- 2) сведения о наличии заболевания, диагнозе, возможных методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству;
- 3) иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту медицинской помощи;
- 4) в случае смерти гражданина – информация о результатах патологоанатомического исследования.



Практически аналогичные положения содержатся в ч. 2 ст. 20 Закона «Об оказании психиатрической помощи».

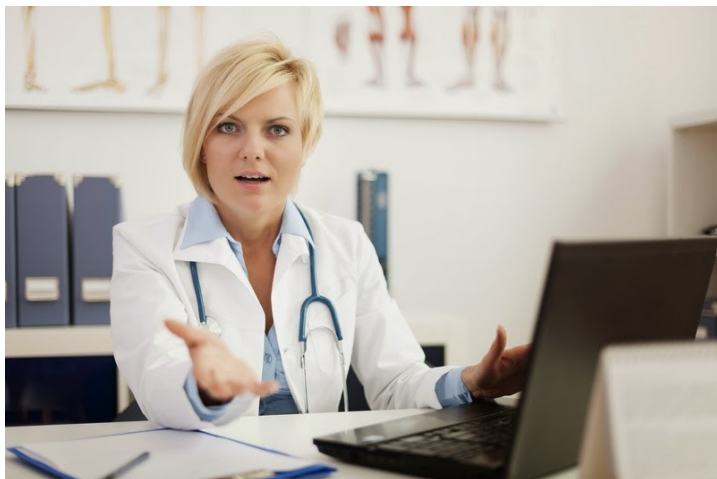
В ч. 1 ст. 8 Закона Республики Беларусь от 07.01.2012 г., № 341-З «О вспомогательных репродуктивных технологиях» уточнено, что врачебную тайну составляют сведения о применении вспомогательных репродуктивных технологий, а также о личности пациента, донора.

Таким образом, сведения, составляющие врачебную тайну, можно разделить на сведения медицинского характера (в частности, о заболевании, диагнозе) и сведения немедицинского характера, связанные с фактом оказания медицинской помощи (в частности, факт обращения за медицинской помощью, сведения личного характера).

Действующие нормативные правовые акты, регламентирующие порядок использования сведений, составляющих врачебную тайну, нередко содержат различные виды сведений ограниченного доступа либо схожих по смыслу медико-правовых категорий, не разъясняя при этом их отличительные признаки (черты) и тем самым оказывая негативное влияние на формирование самостоятельной системы правового регулирования института врачебной тайны. В связи с этим в рамках исследования правового режима врачебной тайны полагаем возможным предложить медико-правовое определение данного понятия. По нашему мнению, правовой режим врачебной тайны – это самостоятельный медико-правовой институт или законодательно обособленный комплекс юридических норм, обеспечивающий цельное регулирование определенных, обладающих относительной самостоятельностью общественных отношений, возникающих между медицинским работником и пациентом в рамках оказания последнему медицинской помощи. Несмотря на бесспорную значимость врачебной тайны, этот институт нельзя абсолютизировать. Права личности могут быть ограничены с учетом интересов в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны, безопас-

ности государства в целом.

Объективная необходимость законодательного закрепления нормативных положений о врачебной тайне обусловлена важностью защиты информации ограниченного доступа, образующейся в результате деятельности уполномоченных на то субъектов, а именно – учреждений здравоохранения и их со-



ков согласно абз. 3 ч. 1 ст. 51 Закона «О здравоохранении» является обязанность хранить врачебную тайну. Следует обратить внимание, что уже при вручении документов о получении высшего медицинского образования в государственных учреждениях образования, осуществляющих подготовку специалистов с высшим медицинским образованием, специалисты произносят клятву врача Республики Беларусь согласно ст. 55 Закона о здравоохранении, в которой помимо других положений врач берет на себя обязанность хранить врачебную тайну.

Кроме того, обязанность сохранять врачебную тайну наравне с медицинскими, фармацевтическими работниками распространяется на лиц, которым в установленном Законом «О здравоохранении» порядке стали известны сведения, составляющие врачебную тайну (ч. 12 ст. 46).

В абз. 3 ст. 26 и абз. 2 ч. 2 ст. 27 Закона Республики Беларусь от 07.01.2012 г. № 345-З «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека» закреплена обязанность хранить врачебную тайну медицинских работников и иных работников, участвующих в организации оказания медицинской помощи пациенту, в том числе сотрудников органов внутренних дел Республики Беларусь. Ответственность за разглашение врачебной тайны. Превентивную функцию выполняет уголовная ответственность, установленная ст. 178 Уголовного кодекса Республики Беларусь (далее – УК) за разглашение врачебной тайны.

трудников, в целях исполнения целей, задач и функций, стоящих перед соответствующим учреждением или организацией. Дополнительными критериями, свидетельствующими о самостоятельности предмета правового института врачебной тайны, являются следующие: особый способ регламентации общественных отношений по поводу врачебной тайны (соотнесенность правовой охраны врачебной тайны с медицинской и врачебной этикой); особое содержание таких отношений (права и обязанности учреждений здравоохранения и их сотрудников); особый порядок общественных отношений по вопросу защиты информации, составляющей врачебную тайну (меры по защите врачебной тайны должны соответствовать ценности составляющих ее сведений).

Рассмотрим основные требования и условия, установленные действующим законодательством Республики Беларусь, направленные на обеспечение сохранения врачебной тайны.

Обязанность медицинских работников и других лиц хранить врачебную тайну.

Одной из обязанностей медицинских, фармацевтических работни-

Кроме того, за разглашение охраняемой информации может наступать:

- 1) дисциплинарная ответственность в соответствии с гл. 14 Трудового кодекса Республики Беларусь (далее – ТК);
- 2) гражданско-правовая ответственность (например, компенсация морального вреда, если в результате распространения сведений, составляющих врачебную тайну, гражданину причинен моральный вред (п. 1 ст. 151, ст. 152 Гражданского кодекса Республики Беларусь (далее – ГК));
- 3) административная ответственность (в частности, по ст. 22.13 Кодекса Республики Беларусь об административных правонарушениях (далее – КоАП) за разглашение коммерческой или иной охраняемой законом тайны без согласия ее владельца лицом, которому такая коммерческая или иная тайна известна в связи с его профессиональной или служебной деятельностью).

Хранение медицинских документов.

Организации здравоохранения должны обеспечивать хранение медицинских документов в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны.

Кодирование заключительного диагноза заболевания при оформлении листка нетрудоспособности (справки о временной нетрудоспособности). В соответствии с ч. 3 ст. 33 Закона «О здравоохранении» гражданину выдается листок нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности), который является основанием для временного освобождения пациента или лица, осуществляющего уход за больным членом семьи, от работы (службы, учебы). При оформлении указанных документов в целях соблюдения врачебной тайны заключительный диагноз кодируется.

При этом в листке нетрудоспособности согласно п. 73 и 74 вышеназванной Инструкции указываются такие данные, как наименование организации здравоохранения, выдавшей документ, должность и данные медицинского работника, вид временной нетрудоспособности, режим оказания медицинской помощи (амбулаторный, стационарный, санаторный, реабилитационный), которые, по нашему мнению, относятся к информации, составляющей врачебную тайну. Таким образом, некоторая информация, составляющая врачебную тайну, в данном документе содержится. В Российской Федерации в целях соблюдения врачебной тайны при оформлении листка нетрудоспособности в нем указывается только при-

чина временной нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина), сведения о диагнозе заболевания вносятся только по письменному заявлению гражданина (п. 5 ст. 59 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Однако такой подход также не позволяет сохранить в тайне всю информацию, составляющую врачебную тайну.

Таким образом, представляя листок нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности) по месту работы (учебы), гражданин защищен от распространения информации о заключительном диагнозе. Однако гражданин вынужден сообщать о факте обращения за медицинской помощью, информацию об организации здравоохранения, в которой ему была оказана медицинская помощь, сроки временной нетрудоспособности, так как в случае отсутствия на работе и непредставления листка временной нетрудоспособности он может быть уволен за прогул (п. 5 ст. 42 ТК).

Полагаем, гражданин, не желающий сообщать указанную информацию по месту работы, может только своевременно просить нанимателя (на период временной нетрудоспособности) предоставить социальный отпуск (по уважительным причинам личного и семейного характера, указав в обосновании другую причину) (абз. 6 п. 2 ч. 2 ст. 150 ТК) либо трудовой отпуск (п. 1 ч. 2 ст. 150 ТК).

Очередность предоставления информации, составляющей врачебную тайну. Ограничение круга субъектов, которым может быть предоставлена информация, составляющая врачебную тайну.

В соответствии с ч. 1 ст. 46 Закона «О здравоохранении» информация о состоянии здоровья пациента лечащим врачом может быть представлена:

- 1) пациенту;
- 2) лицам, указанным в ч. 2 ст. 18 Закона «О здравоохранении»: в отношении несовершеннолетних – это один из родителей, усыновителей (удочерителей), опекунов, попечителей (т.е. законным представителям); в отношении лиц, при-

знанных в установленном порядке недееспособными, - их опекунам; в отношении лиц, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, - супруг (супруга) или один из близких родственников (родителей, совершеннолетних детей, родных братьев (сестер), внуков, деда (бабки)).

По нашему мнению, из анализа ч. 1 ст. 46 и ч. 2 ст. 18 Закона «О здравоохранении» следует, что лечащий врач при предоставлении информации о состоянии здоровья пациента должен исходить из следующего:

Если пациент не относится к числу лиц, перечисленных в ч. 2 ст. 18 Закона «О здравоохранении» (не является несовершеннолетним, недееспособным либо лицом, не способным по состоянию здоровья к принятию осознанного решения), то такая информация предоставляется в первую очередь самому пациенту. Так, в ч. 1 ст. 46 Закона «О здравоохранении» закреплено право совершеннолетнего пациента определять лиц, которым следует сообщать информацию о состоянии его здоровья, либо запретить ее сообщение определенным лицам. Значит, первым эту информацию следует сообщать именно пациенту.

В отношении несовершеннолетних пациентов в ч. 3 ст. 46 Закона «О здравоохранении» содержится специальное правило. Из анализа данной нормы следует, что по общему правилу несовершеннолетнему пациенту не предоставляется информация о состоянии его здоровья и выбранных методах оказания медицинской помощи. Такая информация будет предоставлена, только если:

- 1) он попросил об этом;
- 2) либо по инициативе лечащего врача по согласованию с его законным представителем в целях осознанного выполнения несовершеннолетним пациентом медицинских предписаний.

При этом указанная информация должна быть изложена в доступной для возраста несовершеннолетнего форме с учетом психофизиологической зрелости и эмоционального состояния.

В соответствии с ч. 1 ст. 20 Закона «Об оказании психиатрической помощи» информация о состоянии психического здоровья пациента (которая составляет врачебную тайну) предоставляется врачом-специалистом пациенту или его законному представителю. По нашему мнению, из анализа ст. 20 Закона «Об оказании психиатрической помощи» следует, что врач-специалист вправе сам решать, кому в первую очередь сообщать информацию о состоянии здоровья пациента в зависимости от состояния пациента. Кроме того, в отличие от ст. 46 Закона «О здравоохранении» в ч. 4 ст. 20 Закона «Об оказании психиатрической помощи» закреплено право пациента или его законного представителя ограничивать круг субъектов, которым может быть сообщена информация о состоянии психического здоровья пациента.

В ст. 46 Закона «О здравоохранении» перечислены случаи, когда организация здравоохранения может предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну, третьим лицам без согласия пациента, без согласия лиц, указанных в ч. 2 ст. 18 Закона «О здравоохранении»:

- по запросам в письменной форме и (или) в виде электронного документа, оформленного в соответствии с законодательством Республики Беларусь об электронных документах и электронной цифровой подписи, органов и организаций (ч. 7 и 8 ст. 46 Закона «О здравоохранении»);

- по инициативе организации здравоохранения (ч. 10 и 11 ст. 46 Закона «О здравоохранении»).

Например, в абз. 11 ч. 7 ст. 46 Закона «О здравоохранении» закреплено право нанимателя получать информацию, составляющую врачебную тайну, в связи с проведением расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а в абз. 7 ч. 7 ст. 46 Закона «О здравоохранении» – право страховых организаций получать информацию, составляющую врачебную тайну, для решения вопроса о назначении страховых выплат. Подробнее порядок и содержание запроса и ответа организации здравоохранения при наступлении несчастного случая на производстве определены в Правилах расследования и учета несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержден-

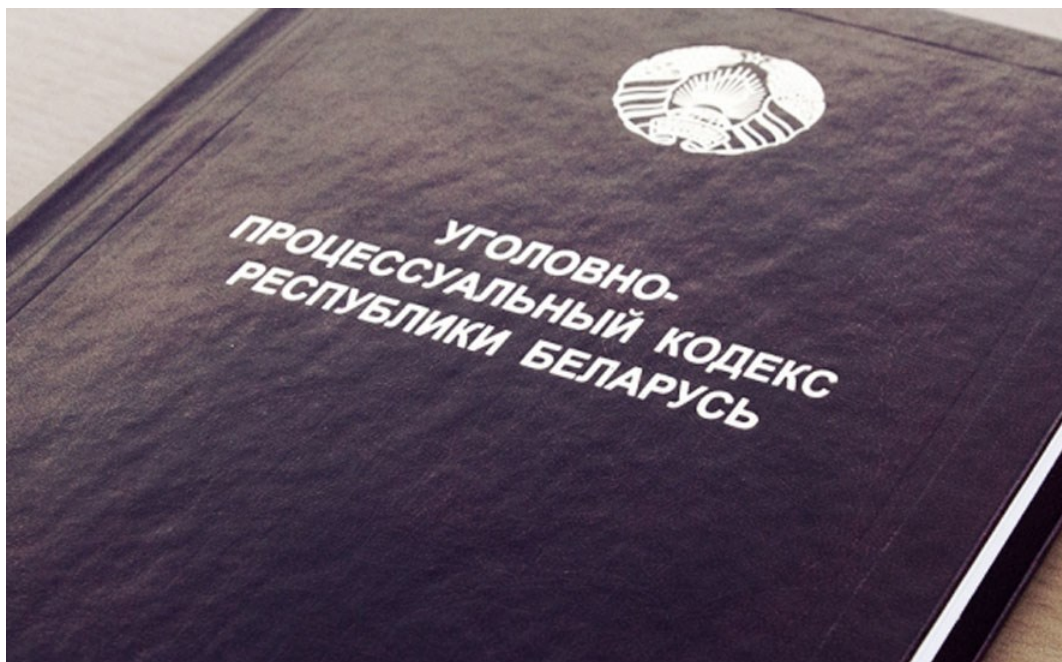
ных постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 15.01.2004 г. № 30 «О расследовании и учете несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». В частности, в связи с проведением расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания запрос в организацию здравоохранения может быть о тяжести производственной травмы потерпевшего, также страховщик, страхователь могут запросить дополнительную информацию о фактах обращения потерпевшего за медицинской помощью и состоянии его здоровья, сведения о наличии заболеваний, диагнозе, а в случае смерти – и информацию о результатах патологоанатомического исследования (абз. 4 ч. 1 п. 10, ч. 2 п. 10-1 вышеназванных Правил).

Следует обратить внимание, что в ч. 10 ст. 46 Закона «О здравоохранении» закреплены случаи, когда организация здравоохранения может направлять информацию, составляющую врачебную тайну, в иные государственные организации здравоохранения (в целях организации оказания медицинской помощи пациенту, а также предотвращения распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний). Однако право направить информацию в ряде случаев является и обязанностью.

Например, при выявлении пациентов с подозрением на наличие случая энтеровирусных инфекций неполиомиелитной природы медицинский работник, выявивший такого пациента, в течение 6 часов после выявления в рабочее время сообщает по телефону и в течение 24 часов письменно подает информацию в территориальный центр гигиены и эпидемиологии (п. 7, 8 Санитарных норм и правил «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения энтеровирусных

инфекций неполиомиелитной природы», утвержденных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.03.2014 № 15). В случае регистрации 2 и более одновременно возникших или последовательных случаев заболевания энтеровирусными инфекциями неполиомиелитной природы либо регистрации одного случая энтеровирусной инфекции неполиомиелитной природы с неврологическими проявлениями врач-эпидемиолог (помощник врача-эпидемиолога) проводит эпидемиологическое обследование очага с обязательным выходом в учреждение и организации, перечисленные в ч. 1 п. 15 вышеназванных Санитарных норм и правил, например, в учреждение дошкольного образования.

В ч. 11 ст. 46 Закона «О здравоохранении» закреплены случаи, когда организация здравоохранения обязана предоставлять информацию, состав-



ляющую врачебную тайну (например, при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий, информация должна быть направлена в правоохранительные органы).

Необходимо обратить внимание, что в соответствии с ч. 10 и 11 ст. 46 Закона «О здравоохранении» организация здравоохранения, оказавшая медицинскую помощь гражданину, не имеет права по своей инициативе направлять информацию, составляющую врачебную тайну, по месту работы или учебы гражданина, даже если существует риск распространения инфекционных заболеваний.

Следует также обратить внимание, что в ст. 46 Закона «О здравоохранении» не конкретизируется, какая информация, составляющая врачебную тайну, может быть направлена организацией здравоохранения по поступившим запросам или своей инициативе. По нашему мнению, в ст. 46 Закона «О здравоохранении» следовало бы ограничить предоставление информации, составляющей врачебную тайну и носящей личный характер, если она была получена без предварительного информирования пациента о возможности ее разглашения.

Иные меры, направленные на обеспечение сохранения врачебной тайны. Действующее законодательство Республики Беларусь содержит и иные нормы, направленные на обеспечение сохранения врачебной тайны.

В соответствии с ч. 1 ст. 18 Закона Республики Беларусь от 10.11.2008 г. № 455-3 «Об информации, информатизации и защите информации» никто не вправе требовать от физического лица предоставления информации о его частной жизни и персональных данных, включая сведения, составляющие личную и семейную тайну, тайну телефонных переговоров, почтовых и иных сообщений, касающиеся состояния его здоровья, либо получать такую информацию иным образом помимо воли данного физи-

ческого лица, кроме случаев, установленных законодательными актами Республики Беларусь.

В п. 7 ч. 2 ст. 60 Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь закреплено, что без согласия лица, обратившегося за оказанием медицинской помощи, не подлежит допросу в качестве свидетеля врач по обстоятельствам, составляющим предмет врачебной тайны.

В заключение следует отметить, что врачебная тайна как часть личной и семейной тайны гражданина охраняется законом. В Республике Беларусь закреплены исключительные случаи, когда информация, составляющая врачебную тайну, может быть представлена организацией здравоохранения органам и организациям без согласия пациента (уполномоченных лиц). В то же время гражданин (пациент), а также уполномоченные лица самостоятельно определяют круг субъектов, которым они сообщают сведения, составляющие врачебную тайну. Однако в некоторых ситуациях пациенты (уполномоченные лица) вынуждены сообщать информацию, составляющую врачебную тайну, в частности, по месту работы (учебы). По нашему мнению, правовой режим врачебной тайны требует более детальной проработки обеспечения сохранения информации, ее составляющей. В частности, в трудовом законодательстве должны быть четко закреплены обязанности работников организаций, которые принимают и обрабатывают листки нетрудоспособности работников организации, о неразглашении охраняемой врачебной тайны. Полагаем, такие условия должны в обязательном порядке предусматриваться в трудовых договорах с работниками кадровых служб и бухгалтерии организаций. Кроме того ответственность за нарушение врачебной тайны несет как непосредственно лицо, допустившее подобное нарушение (дисциплинарная, административ-

ная или уголовная ответственность), так и само медицинское учреждение (гражданско-правовая ответственность).

Учитывая вышеизложенное, необходимо подчеркнуть, что руководители медицинских учреждений должны помнить о необходимости сохранения врачебной тайны и об основаниях, дающих законное право на ее разглашение, а также доводить эту информацию до сведения всех подчиненных им сотрудников (от врачей-специалистов до медицинских регистраторов). Сохранение врачебной тайны является правовой обязанностью и моральным долгом каждого работника медицинского учреждения.

**Заместитель главного врача по медицинской части
УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер»
Марина Вайнерчук**

ЗОЖ: ЗДОРОВЬЕ, ОТНОШЕНИЕ, ЖИЗНЬ

Питание является одним из наиболее значимых факторов жизни, и с этим трудно спорить. Рост, физическое и умственное развитие, настроение и самочувствие – все эти процессы происходят с большими затратами энергии, а восполнить ее запасы можно только с помощью еды. Если сравнить тело человека с домом, то еда – это строительный материал, фундамент, который обеспечивает ему должное функционирование.

А. А. Покровский в статье «Питание и болезнь» пишет: «Характер питания оказывает определяющее влияние как на процессы обмена веществ, так и на состояние ферментных систем, а также факторов, регулирующих их актив-

ность. Главным критерием обоснованности любых рекомендаций в области применения пищи как средства профилактики и лечения болезней должно являться глубокое знание характера метаболических

(обменных) нарушений, возникающих на стадиях предболезни и болезни».

Никогда не ешьте при отсутствии аппетита (например, при болезни). В этом случае сосуды кишечника спазмированы, а ворсинки прижаты к стенкам кишечника. В этих условиях развивается патогенная микрофлора, а кишечник нагружен, но работает вхолостую. Пища больше загнивает, чем усваивается.

Быть современным человеком и питаться правильно – трудно, но реально! Все зависит только от вас самих.

**Валеолог,
УЗ «Бобруйская центральная больница»
Светлана Огородник**



Адрес редакции:
213822, г.Бобруйск, ул. Гагарина, 34
тел.: (0225) 72-72-68
факс (0225) 72-30-70
E-mail: bnov.bcb@yandex.by

Директор издания: Владимир Гацко
Главный редактор: Юлия Семашенко

Редакционный совет:
Марина Горбачевская,
Мария Баханкова-Масляк, Юлия Семашенко,
Анастасия Пильщикова, Вероника Левчук,
Юлия Рудович, Яна Шуменок,
Ольга Щемелева

Технический редактор:
Александр Русакович

Бобруйского научного общества врачей
благодарит
УП «Студия дизайна и рекламы
«Дикович и К»
за оказанную благотворительную помощь в
печати информационного бюллетеня

г. 1000 экз.