

Уважаемые читатели!

Мы продолжаем знакомить вас с нашей больницей.

Напомним, что в предыдущих выпусках мы говорили о кардиологических, бронхо-легочных заболеваниях, о проблемах, связанных с заболеваниями молочной железы.

Нашу газету прочитали тысячи пациентов, приходящих в больницу на обследование и лечение, её смогли прочитать жители Ярославля и Ярославской области, которым мы доставляем газету прямо на предприятия, в организации, в центральные районные больницы.

Газета бесплатная, и это особенно важно сейчас, когда темой выпуска стали проблемы, связанные с заболеваниями суставов и околосуставных тканей. Ведь несмотря на то, что такие заболевания встречаются и у молодых, всё же подавляющая часть страдающая ими – люди пожилого возраста, пенсионеры.

Мы используем все возможные способы донести до вас полезную информацию, которая бы заставила задуматься о внимательном отношении к своему здоровью, о правильном образе жизни и о многом другом.

Вероятно, у многих есть наши буклеты, посвященные отдель-

ным заболеваниям: их можно получить и на приемах у специалистов в областной консультативной поликлинике, мы рассылаем их вместе с газетой и в городе, и в области, их вы можете взять во многих аптеках Ярославля.

Но самую полную информацию обо всем, чем занимается больница, какие в её составе отделения, центры, службы, о порядке госпитализации в стационар и о многом другом вы можете получить на нашем сайте в интернете (адрес: www.yrh.yar.ru).

Если вы имеете технические возможности пользоваться ин-

тернетом, обязательно загляните на наши страницы. Там вы найдете сведения не только о том, чем занимаются специалисты нашей больницы, но и ответы на многие вопросы, связанные с различными заболеваниями: на сайте существуют постоянно пополняемые разделы, содержащие **полезную информацию для пациентов**, по своей профессии не связанных с медицинской. В доступной форме в них можно прочитать о многих заболеваниях, о подходах к их профилактике и лечению.

Нашими врачами разработаны памятки для пациентов с желчнокаменной болезнью, с глаз-

ными болезнями, потерей слуха и др. В них особое внимание уделяется поведению пациентов до и после операции, правильному питанию, здоровому образу жизни.

Если у вас нет предыдущих выпусков нашей газеты, в разделе сайта «Газета "Здоровья Вам!"» вы найдете её полную On-line версию.

Желаю вам крепкого здоровья и благополучия!

Ответственный редактор
В. А. Радовская.



УЗ-исследования суставов и околосуставных мягких тканей проводит врач-ревматолог функциональной диагностики В. Н. Кушнерчук.

Областной ревматологический центр



Областной ревматологический центр создан в 1996 году на базе областной клинической больницы и имеет в своем составе амбулаторный, стационарный и реабилитационный этапы.

Амбулаторный этап, с развернутым в ОКП дневным стационаром, представлен специализированным приемом врачей-ревматологов, врача функциональной диагностики и лечебных манипуляций, врача-ортопеда.

Стационарный этап представлен специализированным ревматологическим отделением, развернутым на 60 коек.

Работа ревмоцентра складывается из двух основных направлений: лечебно-диагностическое и организационно-методического. Консультативная, лечебная, диагностическая работа включает в себя организацию уточнения диагноза и лечения по следующим видам заболеваний:

- патология опорно-двигательного аппарата:
- артроз первичный, посттравматический;
- артрит ревматоидный, ревматический, реактивный, псориатический, подагрический и т. д.;
- болезнь Бехтерева;
- заболевания околосустав-

ных мягких тканей (периартрит, бурсит, эпикондилит, тендовагинит т. д.);

– диффузные заболевания соединительной ткани:

- системная красная волчанка;
- системная склеродермия;
- поли-, дерматомиозит;
- ревматическая полимиалгия;
- системные васкулиты.

В диагностическом процессе используются все виды лабораторных, функциональных, рентгенологических, радиоизотопных исследований, в т. ч. новейшие методики:

- иммунодиагностика;
- серологическая диагностика;
- ПЦР-диагностика;
- остеосцинтиграфия;
- спондилография с определением дефицита костной массы;
- УЗ-диагностика заболеваний суставов и околосуставных мягких тканей;
- магнито-ядерная диагностика;
- компьютерная томография;
- доплерография крупных, средних и мелких сосудов.

Врачи ревмоцентра владеют всеми современными методиками для лечения больных ревматологического профиля:

– ГКС-терапия, в т. ч. с использованием экстракорпоральных видов лечения (плазмаферез, УФО крови, гемосорбция и т. д.);

– внутрисуставное, периартикулярное, паравертебральное введение ГКС;

– локальная ипульсная декомпрессионная терапия;

– лечебная физкультура с использованием групповых и индивидуальных программ, в т. ч. на аппарате «УГУЛЬ»;

– физиотерапевтические процедуры (лазеротерпия, магнитотерапия, КВЧ-терапия, теплелечение);

– иглорефлексотерапия;

– реабилитационное лечение (фитотерапия, бальнеолечение и т. д.)

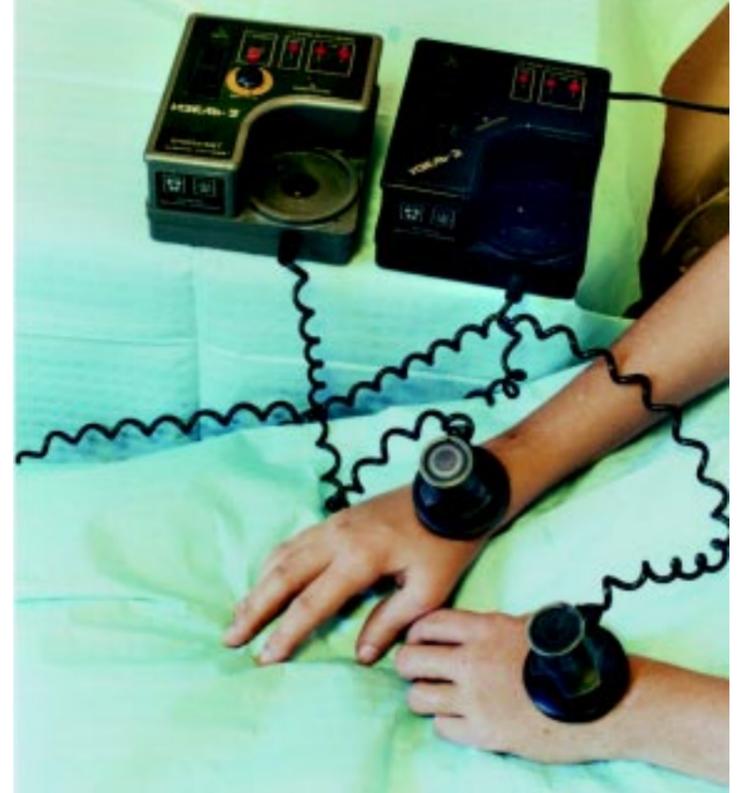
В ревмоцентре успешно функционирует «Школа ревматологических больных», в работе которой значительное место отводится групповой и индивидуальной социально-бытовой и психологической адаптации. Врачами центра ведется большая организационно-методическая работа.

Ревматологи ОКП принимают активное участие в работе выездной поликлиники в ЦРБ области.

Огромную помощь в консультативной лечебно-диагностической работе оказывают сотрудники кафедры терапии факультета усовершенствования врачей ЯГМА. Регулярно проводятся консультации больных заведующим кафедрой терапии ФУВ ЯГМА, профессором, заслуженным врачом РФ Н. И. Коршуновым, профессорами, доцентами и ассистентами кафедры. Еже-

дневно проводится заседание реабилитационного Совета с участием сотрудников кафедры терапии ФУВ, на которых решаются диагностические, лечебные, реабилитационные и экспертные вопросы.

Зав. ревматологическим центром врач-ревматолог высшей категории Е. Ю. Феоктистова.



Сеанс лазеротерапии

Ревматоидный артрит — самый распространенный вид воспалительных заболеваний суставов. При этом заболевании поражаются преимущественно суставы, но постепенно в процесс могут вовлекаться и другие органы. В отличие от ревматизма суставные нарушения прогрессируют, и страдает функция опорно-двигательного аппарата. Примерно у 10–20% больных болезнь прогрессирует неуклонно.

Причина ревматоидного артрита точно не установлена. Предполагается вирусная природа заболевания.

Для ревматоидного артрита характерно поражение мелких суставов кистей и стоп, однако, нередко поражаются и крупные суставы.

Начало заболевания может быть острым или постепенным. Появляются боли в одном-двух суставах кистей или стоп, ограничение в них движений. Сами суставы отекают. **Характерный признак ревматоидного артрита — утренняя скованность в суставах, когда больному необходимо утром после сна «разработать» пораженные суставы.** Сразу обращает на себя внимание, что применяемые традиционные средства для лечения суставных болей (аспирин, вольтарен, индометацин) недостаточно быстро дают эффект, боли и на-

ревматоидный артрит

рушения функции суставов держатся длительно. Постепенно воспалительный процесс затихает, но вскоре возникает обострение заболевания. Поражаются обычно симметричные суставы, процесс прогрессирует.

Диагноз болезни устанавливается врачом-специалистом. Не надо пугаться этой болезни, но следует быть готовым к длительному лечению. При выполнении врачебных рекомендаций, применении современных методов лечения можно быть уверенным в благополучном течении болезни.

Важнейшим условием лечения является обязательная физическая активность. Необходимы

ежедневные движения в пораженных суставах, врач может рекомендовать специальные комплексы лечебной физкультуры. Суставы должны работать, несмотря на боли. Помогает мануальная терапия, иглофлексотерапия, лазеротерапия.

Специальной диеты для лечения ревматоидного артрита нет, но следует избегать перекармливания, в рационе целесообразно увеличить рыбные блюда, уменьшить употребление животных жиров, которых много в жирных сортах мяса, сливках, сметане, сливочном масле.

Три группы лекарственных средств используются в настоящее время для лечения ревмато-

идного артрита, конкретный выбор их и программу длительного лечения определяет врач-специалист. Больному практически постоянно приходится принимать нестероидные противовоспалительные средства, которые действуют как бы на поверхностные слои воспалительного процесса в суставах, они обладают наибольшим противовоспалительным эффектом. Главный побочный эффект этих препаратов — неблагоприятное воздействие на слизистую желудка, они вызывают лекарственный гастрит, появляются боли в подложечной области, изжога, отрыжка. Поэтому принимать эти препараты следует после еды, в необходимых слу-

чаях после совета с врачом принимать лекарственные средства, уменьшающие желудочную секрецию, и так называемые желудочные протекторы, вещества, защищающие слизистую желудка. Вторая большая группа лекарственных средств — базисные препараты, воздействующие на глубинные механизмы воспалительного процесса, — соли золота, иммунодепрессанты. Только врач решает вопрос о назначении этих средств и строго следит за их применением. Третья группа — гормоны коры надпочечников — преднизолон, кортизон, дексаметазон. С одной стороны, это самые сильные противовоспалительные и противовоспалительные средства, с другой — эффект их временный, к ним больные привыкают, они дают достаточно много побочных эффектов. Эти средства назначаются больным по самым строгим показаниям. В последние годы все чаще прибегают к местному лечению гормональными препаратами, их вводят в наиболее пораженные суставы, побочные действия в таких случаях минимальные.

Зав. ревматологическим центром врач-ревматолог высшей категории Е. Ю. Феоктистова.

Самое название — реактивные артриты — говорит, что эти заболевания являются реакцией на что-либо, в данном случае на другие болезни. Реактивные артриты являются группой заболеваний суставов, связанных с инфекцией. При этом инфекция играет роль только пускового фактора, самого микроба-возбудителя в суставах нет, артрит — это реакция организма на микроб.

Реактивные артриты возникают одновременно или после различных довольно частых, но вполне доброкачественных инфекционных заболеваний. Это вирусные или бактериальные инфекции носоглотки, мочевыводящих путей и половых органов, желудочно-кишечного тракта.

Проявления реактивного артрита могут быть разнообразными. Больной рассказывает, что за

реактивные артриты

1–3 недели до появления суставных изменений перенес ОРЗ, кишечное расстройство или было учащенное и болезненное мочеиспускание. Артрит начинается остро, повышается температура, ухудшается общее состояние. Поражаются крупные суставы нижних конечностей — коленные, голеностопные, пяточные, плюсневые, фаланговые и межфаланговые,

реже суставы рук. Артрит чаще начинается с одного сустава, и далее в течение 1–2 недель патологический процесс распространяется на другие суставы. Суставы припухают. Боли очень сильные, ограничивается функция суставов. Часто отмечается боли в позвоночнике.

Болезнь Рейтера — типичная форма реактивного артрита. На-

ряду с суставными изменениями отмечаются признаки поражения глаз и мочевых путей.

Лечение реактивных артритов проводится по трем направлениям. Программа такого лечения определяется врачом-специалистом.

Первое направление — лечение очага инфекции. При артритах на фоне заболеваний мочевыводящей и половой систем показано лечение антибиотиками тетрациклиновой группы — в течение 4–6 недель, а также местное лечение — массаж простаты при простатитах. У больных артритами после кишечных инфекций применяются левомицетин, гентамицин, курсы которых короче. В последнее время рекомендуется применение сульфасалазина.

Второе направление — подавление активности воспалитель-

ного процесса в суставах. Препараты первого ряда — весь спектр нестероидных противовоспалительных средств. В тяжелых случаях и при недостаточной эффективности НПВС применяют гормоны коры надпочечников внутрисуставно и внутрь.

Третье направление — реабилитационное, которое проводится обычно после стихания острых проявлений заболевания и направлено на восстановление функций пораженных суставов. Здесь основное значение придается лечебной физкультуре, физиотерапии и санаторно-курортному лечению (грязелечение, сероводородные и сернистоводородные ванны, грязи и ванны Мертвого моря).

Зав. ревматологическим отделением врач-ревматолог высшей категории И. Г. Слэзина.

псориазический артрит

Псориаз — очень распространенное заболевание кожи, но в последнее время доказано, что при нем поражаются многие системы организма. Одним из проявлений этой системности псориаза является воспаление суставов — артрит. Поражение суставов обычно развивается вслед за кожными проявлениями, реже — одновременно с ними. Большие затруднения в диагностике возникают, если псориаз начинает-

ся с явлений артрита, а типичные кожные изменения возникают позже.

Типичным проявлением псориазического артрита считаются

воспалительные изменения концевых межфаланговых суставов кистей и стоп. Фаланги изменяются таким образом, что приобретают «редискообразную» фор-

му. Эти изменения сочетаются со своеобразной окраской и изменениями ногтей. Кроме того, может быть «осевое» поражение — в процесс вовлекаются все суставы пальцев. В этих случаях пальцы сравнивают с «сосиской». Редко, но может происходить искривление пальцев.

Лечение основного заболевания проводится дерматологами (врачами, которые лечат заболевания кожи). Назначается общее ультрафиолетовое излучение, местно мази, в том числе гормональные. В последнее время применяются повторные курсы плазмафереза (очищения крови).

Эффективным является санаторно-курортное лечение — Южный берег Крыма, Мертвое море.

Но самое главное условие лечения псориаза — его комплексность: **лечить при псориазе надо не кожу, а болезнь.**

При слабо или умеренно выраженном псориазическом артрите основным в лечении является применение нестероидных противовоспалительных средств. Назначается также местное внутрисуставное введение гормонов коры надпочечников — гидрокортизона, кеналага. Они вводятся в наиболее пораженные суставы.

Анкилозирующий спондилоартрит (другое название — болезнь Бехтерева) представляет собой хроническое суставное заболевание с преимущественным поражением крестцово-подвздошных суставов, позвоночника и околопозвоночных мягких тканей.

Предполагается, что причиной болезни Бехтерева является микроорганизм клебсиелла. Заболевают люди с семейной предрасположенностью. Кроме того, заболевают мужчины в молодом возрасте. Больной жалуется на боли в области крестца и поясницы, которые усиливаются после

анкилозирующий спондилоартрит

энергичных движений. Особенно они беспокоят во вторую половину ночи. Мышцы спины болезненны и напряжены, объем движений в позвоночнике уменьшен. Постепенно развивается его тугоподвижность. По мере прогрессирования заболевания боли усиливаются и локализуются на всем протяжении позвоноч-

ника. Появляются боли и ограничение функции тазобедренных суставов, затрудняется походка. Характерный признак болезни — дугообразное искривление позвоночника и сутулость. В дальнейшем происходит срастание тел позвонков, что может привести к инвалидизации больного. Иногда болезнь Бехтерева на-

чинается с поражения крупных суставов — локтевых, коленных, голеностопных, но в дальнейшем все равно появляются признаки поражения позвоночника.

В основе лечения больных болезнью Бехтерева лежит обучение определенному образу жизни. Главное — не прекращать физических движений в позвоноч-

нике, чтобы максимально сохранить в нем объем движений. Очень эффективны мануальная терапия, лечебная физкультура, плавание в бассейне. Помогают лечебные ванны и грязелечение.

Лекарственная терапия имеет своей первой целью уменьшение боли. Применяются нестероидные противовоспалительные средства. Эффективным считается сульфасалазин, который раньше применяли у больных язвенным колитом. Гормоны коры надпочечников, в частности преднизолон, назначаются больным с тяжелыми формами и выраженными внесуставными проявлениями.

деформирующий Остеоартроз

Деформирующий остеоартроз — системное заболевание суставов и околоуставных тканей. В основе заболевания лежит изменение и разрушение суставного хряща с последующим разрастанием подлежащей костной ткани. Деформирующий остеоартрозом заболевают преимущественно женщины в возрасте 40–60 лет, но в последние годы наблюдаются случаи болезни и в более молодом возрасте. Деформирующий остеоартроз может проявляться изменениями в одном суставе или поражать много суставов. В первом случае факторами риска являются механическая перегрузка суставов, микротравмы, нарушения походки; во втором — наследственная предрасположенность. Можно выделить определенные стадии развития ДОА (см. схему).



1 — нормальный сустав с хорошо выраженным суставным хрящом. 2 — ранняя стадия развития деформирующего остеоартроза — происходит изменение суставного хряща, сужение суставной щели. 3 — поздняя стадия деформирующего остеоартроза — разрушение хряща, уплотнение и деформация суставных поверхностей костей, образование краевых костных выступов.

Чаще всего заболевают тазобедренные и коленные суставы, на которые падает наибольшая нагрузка, а также подверженные микротравмам. Основная жалоба больных — боли в суставах. Они возникают при нагрузке на больной сустав, при ходьбе, уменьшаются в покое. Характерны вечерние и ночные боли после дневной нагрузки. Помимо

боли, есть жалобы на «хруст» в суставах. Постепенно прогрессируют изменения формы сустава, страдания его функции, больным трудно ходить.

При множественном поражении суставов изменяются межпальцевые суставы кистей. Вокруг них появляются плотные симметричные утолщения (узелки). Постепенно нарушается форма суставов, пальцы искривляются.

Лечение деформирующего остеоартроза — трудная задача. Оно проводится по нескольким направлениям и должно начинаться как можно раньше.

Замедление болезненного процесса в суставах и прогрессирования заболевания может быть достигнуто под влиянием определенного двигательного режима. Основной его принцип

— щажение пораженного сустава. Не рекомендуется длительная ходьба, стояние на ногах, частые подъемы на лестницу. Надо стремиться к нормализации массы тела у больных ожирением. Важным является укрепление мышц и связок вокруг пораженного сустава. Это лучше всего достигается с помощью мануальной терапии, повторных курсов массажа, лечебной физкультуры.

Есть лекарственные средства, тормозящие негативные процессы в хряще заболевших суставов. Надо проводить повторные курсы лечения 1–2 раза в год этими средствами. Артепарон — комплекс мукополисахаридов с большим содержанием сульфата. Вводится внутримышечно по 50–100 мг 2 раза в неделю в течение 8 недель. Мукартрон близок по

составу к артепарону, применяется по одной ампуле в течение 10 дней ежедневно, затем 1–2 раза в неделю, 25 инъекций на курс. При остеоартрозе также доказана эффективность ряда других препаратов: хондроитин сульфат, гликозамин сульфат, диацереин, гиалуриновая кислота. Эффект проявляется спустя 2–8 недель от начала лечения и сохраняется в течение 4–6 месяцев. Первые три из названных препаратов назначаются внутрь, что выгодно отличает их от средств, которые вводятся путем инъекций.

Для устранения болевого синдрома в течение относительно короткого времени применяют нестероидные противовоспалительные средства, местно в сустав гормоны коры надпочечников, физиотерапию.

Эффективно курортное лечение деформирующего остеоартроза. Применяются морские, солевые, сероводородные, сернисто-водородные, радоновые ванны, а также грязелечение. Основные курорты: Мертвое море и сероводородные источники под Ашдодом в Израиле; в России — Сочи, Пятигорск, другие «грязевые» курорты.

Подагра — заболевание организма, обусловленное нарушениями обмена белков (пуринов), в результате чего накапливается большое количество солей мочевой кислоты и отложение их в разных тканях, в том числе и в суставах. Мочевая кислота и ее соли являются конечным продуктом пуринового обмена. **Возникновению подагры, как правило, способствует неправильное питание.**

Доказано, что при обильном поступлении пуринов с пищей повышается образование мочевой кислоты, увеличивается ее содержание в крови и возрастает выделение с мочой. Мочевая кислота, в избытке содержащаяся в крови, проникает через синовиальную оболочку, а также выпадает в полость сустава в виде кристаллов. Эти кристаллы способны вызвать явления острейшего артрита: резкую боль, покраснение сустава, повышение общей температуры тела.

Если не лечиться и не соблюдать диету, то приступы будут повторяться, и заболевание может принять хроническое течение.

Лечебное питание при подагре

Кроме того, возможно поражение других органов: почек, сердца, кожи и т. д.

Диетическое лечение при подагре направлено на уменьшение содержания мочекислых соединений путем уменьшения поступления белков с пищей. Продукты, богатые белком, исключаются из диеты и вводятся продукты, содержащие малое количество белка.

Диета при подагре предусматривает ограничение жиров животного происхождения, снижение количества белка, ограничение содержания соли. Из пищи следует исключить субпродукты (печень, почки, язык, мозги), мясо цыплят, телятину. Запрещены жирные сорта мяса и рыбы, мясные и рыбные бульоны, супы,

алкоголь, в том числе и пиво. Мясо и рыбу можно принимать в пищу только в отварном виде, так как во время варки до 50% содержащихся в продукте пуринов переходят в бульон.

Исключают из пищи богатые пуринами бобовые (горох, бобы, фасоль, чечевицу), а также щавель и шпинат.

Для улучшения выведения мочевой кислоты необходимо обильное питье. При здоровом сердце и нормальном артериальном давлении количество потребляемой жидкости должно быть не менее 2 литров, а поваренной соли 5–7 г.

Обязательно включение в рацион творожных, кефирных, молочных и фруктовых разгрузочных дней.

В период обострения диета состоит из жидкой пищи (молоко, молочные продукты, кисели, компоты, овощные и фруктовые соки, некрепкий чай с молоком или лимоном, овощные супы, жидкие каши). Рекомендуются щелочные минеральные воды. Противопоказано лечение голодом и назначение «голодных дней».

Примерное меню при подагре с исключением мяса.

Натощак — отвар шиповника. Завтрак — чай с лимоном; салат (огурцы, зеленый салат, морковь, сметана или растительное масло — летом); салат (морковь, капуста, яблоки, сметана или растительное масло — зимой).

11 часов — овощной (предпочтительно томатный) или

фруктовый сок.

12 часов — некрепкий чай с лимоном.

Обед — суп рисовый с картофелем на овощном отваре; жареные капустные котлеты.

17 часов — 1 стакан отвара шиповника.

Ужин — омлет; морковные зразы с черносливом; чай с лимоном.

21 час — компот из сухофруктов.

На ночь — чай с лимоном.

На весь день — хлеб разный (предпочтительнее белый) — 300 г; сахар — 75 г; масло сливочное — 20 г.

Такая диета назначается на 1–2 недели.

В период ремиссии (стойкого улучшения состояния) разрешается ограниченное количество мясных блюд (**100–150 г отварного мяса 1–2 раза в неделю**).

В остальные дни рекомендуются молочные продукты, яйца, крупы, картофель, овощи и фрукты.

Заведующая ревматологическим отделением врач-ревматолог высшей категории И. Г. Слэзина.

Среди того, что мы привыкли называть орехами, настоящим орехом является только лещина (она же лесной орех, она же фундук). А всё остальное — и кедровые орехи, и грецкие, и миндаль, и кокосы, и кешью — косточки да семечки, не говоря уж про арахис и каштан. Но в каждом — уникальное содержание белка и жира, а углеводов почти нет, что означает, якобы, что от орехов нельзя потолстеть. Вот уж сомнительное утверждение. И всё же орехи есть нужно не только от безделья... Поцелуем?

Лещина

Единственный орех среди «орехов», король! Именно им защищались от молнии, сглазу, нечистой силы, мышей и змей. А собирать его начали в неолите: археологи часто находят при раскопках его окаменевшие скорлупки.

Родина лесного ореха — Малая Азия и Кавказ, откуда ореховые рошчи протянулись по всей Европе.

Фундук — та же лещина, только окультуренная. В фундуке больше жира, у него тоньше скорлупа и нежнее вкус.

Зачем есть: высокое содержание белка и витамина Е и бо-

лее низкое — по сравнению с другими орехами — жира.

Миндаль

Миндальное дерево относится к семейству розоцветных, самый близкий его родственник — персик. Родом миндаль из Средней Азии, а за 1000 лет до н. э. он был известен в Китае. Сегодня весь урожай миндаля собирают в Италии, Испании и Калифорнии.

Миндаль считается элитным орехом, его особенно любили при королевских дворах.

«Королевский орешек» бывает горьким и сладким. В кондитерской промышленности используют сладкий, а горький добавляют для вкуса: на 100 г сладкого берут 1–2 зернышка горького.

Зачем есть: миндаль полезен для мозга и зрения, помогает при астме и язвах кишечника.

Грецкий орех

У нас орехи называют грецкими потому, что тысячу лет назад их привозили на Русь греческие купцы. А кое-где в мире их зовут английскими, потому что туда орехи завезли английские купцы, или персидскими, потому что они произрастали в древней

про орехи

Персии.

Зачем есть: они полезны пожилым людям и кормящим матерям, при малокровии, проблемах с кишечником и печенью, снижают уровень холестерина. Орехи содержат витамины А, В, С, Е. Ежедневная норма — до 5ти орехов.

Кедровый орех

Настоящие кедровые растут в Ливане, а наши были названы так в 15 веке, когда русские проникли в Сибирь и, пораженные красотой неизвестного дерева, уподобили его кедру из библейских книг.

Жители Сибири питались им с древности, а о целебных свойствах кедровых орешков знал ещё Авиценна.

Зачем есть: в кедровых орехах в десятки раз больше витаминов, чем во всех прочих, в два раза больше минеральных веществ, а также содержатся очень важные аминокислоты — причём

больше, чем в молоке и мясе. Ежедневная норма — по 20–40 г. Очень полезны детям, потому что способствуют росту, и старикам, потому что продлевают жизнь.

Арахис

Арахис — любимая еда вегетарианцев и фотомоделей, потому что дает ощущение сытости из-за высокого содержания пищевых волокон.

Родина арахиса — Бразилия или Перу. Это не дерево и даже не кустарник, а трава. Маленькое растение плодоносит под землей: после увядания цветков цветоножки быстро растут, наклоняются к земле и заталкивают завязи в ямки. Плоды, как кроны, могут расти только в темноте, на глубине 15 см.

Зачем есть: снижает уровень холестерина, уменьшает риск сердечно-сосудистых заболеваний, улучшает память, внимание, слух. Это источник фолиевой кислоты, которая

способствует обновлению клеток. Дневная норма — 30 г.

ОРЕХОВАЯ СМЕСЬ (факты)

— Миллионы ореховых деревьев выросли в лесах потому, что белки, зарыв орехи в землю, потом забыли о своих тайниках.

— 90% смертельных случаев от приступа аллергии приходятся на долю орехов. Страдающий аллергией на орехи человек может умереть даже от одной крошки, добавленной в мороженое.

— Заплесневелый арахис может вызвать тяжелые заболевания. Токсины, которые выделяет грибок, поражают любой ослабленный орган, а болезнь при этом диагностируется с трудом.

— Известны 17 сортов грецкого ореха, и все они съедобны.

— Наибольшей популярностью, по наблюдению продавцов орехов, в России пользуются кешью, кедровые, миндаль и фундук.

— Выше 100 г орехов за один прием организм не усваивается.

— Если грецкие орехи пересохли, их нужно подержать в подсоленной воде 5–6 дней. А для того, чтобы у миндаля легко снималась кожица, нужно положить его в кипятки на 1–2 минуты, а затем промыть холодной водой и просушить.

ревматологическое отделение



Заведующая ревматологическим отделением врач-ревматолог высшей категории И. Г. Слѣзина.

Ревматологическое отделение является лечебно-диагностическим отделением ЯОКБ и важным звеном в работе ревматологического центра.

В отделении лечатся больные с заболеваниями суставов, преимущественно воспалительного характера: ревматоидный артрит, реактивный артрит, болезнь Бехтерева; а также больные с так называемыми системными заболеваниями, васкулитами.

В отделении, рассчитанном на 60 коек, работают четыре врача с большим опытом и стажем работы, из них двое имеют высшую квалификационную категорию, врач Н. А. Плешкова является кандидатом медицинских наук.

В отделении лечатся в основном пациенты из районов Ярославской области и г. Ярославля.

Главными направлениями в работе отделения являются постановка и уточнение диагноза, подбор комплексного лечения; лечение тяжелобольных с такими заболеваниями, как системная красная волчанка, системная



Сеанс индивидуального занятия на аппарате «Угуль».

склеродермия, васкулиты, ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями.

На базе ревматологического отделения под руководством заведующего кафедрой терапии ФПК и ПП СЗ профессора Н. И. Коршунова проводятся клинические исследования самых современных лекарственных препаратов для лечения ревматологических заболеваний.

В отделении проводятся еженедельные совместные обходы с сотрудниками кафедры, в трудных и неясных случаях собираются консилиумы, приглашаются специалисты других профилей.

В отделение больные направляются в плановом порядке, имея при себе направление специалистов ревматологического центра, **но тяжело больных пациентов мы принимаем вне очереди и оказываем им экстренную помощь в полном объеме.**



Сеанс локальной импульсной декомпрессионной терапии. Врач-ревматолог к.м.н. Н. Плешкова.



Внутриуставное и/или периартикулярное введение лекарственных препаратов.



Методы социально-бытовой реабилитации.



Методы лечебной физкультуры мелких суставов кистей.

Санаторий Малые соли

152263, Ярославская область, Некрасовский район, п/о Строитель тел. (231) 4-15-40, 33-1-60, 33-1-32, 33-1-49

Основным лечебным фактором санатория является вода местного минерального источника. Наиболее эффективно этой водой лечатся заболевания опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы.

Перечень видов лечения и медицинских услуг, входящих в стоимость путевки:

- минеральные общие и четырехкамерные ванны;
- горизонтальное вытяжение в минеральной воде;
- импрегнации с минеральной водой;
- питьевая минеральная лечебная вода источника «Золотой колос»;

- массаж классический, вакуумный, вибромассаж, роликовый;
- подводный душ-массаж;
- вихревые ванны для конечностей;
- озокерито- и парафинолечение;
- физиотерапевтическое лечение: электролечение, светолечение, лазеротерапия, магнитотерапия, ультразвуковая терапия;
- лечебная физкультура;
- разработка суставов на аппарате «Угуль»;
- ингаляционная терапия;
- медикаментозное лечение, в т. ч. инъекции подкожные, внутривенные, внутримышеч-

ные;

- лабораторные исследования: анализ крови на Нв, е, СОЭ, анализ крови на сахар (для диабетиков); общий анализ мочи, анализ мочи на сахар, ацетон (для диабетиков); анализ мочи на диастазу;
- электрокардиография (ЭКГ).

Все вышеперечисленные виды лечения и медицинских услуг выполняются строго в соответствии с показаниями и назначением лечащего врача. Перечень заболеваний (показаний) для лечения в санатории «Малые Соли»:

- заболевания опорно-двигательного аппарата (нетуберкулезной этиологии);
- заболевания и последствия травм периферической нервной системы (радикулиты, плекситы, полирадикулоневриты и т. п.);
- хронические холециститы, хронические гастриты, гепатохлециститы;
- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (вне обостре-

ния);

- облитерирующий эндартериит, атеросклероз;
- хронический тромбофлебит (не ранее, чем через 6 недель по окончании острого периода);
- гипертоническая болезнь 1–2 степени;
- виброблезнь;
- заболевания верхних дыхательных путей.

Дополнительно к методам лечения, входящим в стоимость путевки, отдыхающим предлагаются дополнительные платные медицинские услуги:

- термотерапия (сауна),
- солярий,
- электромиостимуляция,
- тренажеры,
- массажный матрац,
- занятия на гимнастических мячах,
- общие контрастные минеральные ванны,
- иглорефлексотерапия,
- кишечные орошения и микроклизмы,
- диагностика по Фоллю,
- лечебное одеяло.

В нашей больнице работает справочно-информационная служба.

По телефону
24-84-61

вы можете узнать порядок записи на консультацию к специалисту в поликлинику, порядок госпитализации в стационар, необходимые больничные телефоны и другую полезную информацию.



Руководители:
О. П. Белокопытов, В. Г. Костин.
Редактор и администратор:
В. А. Радовская.
Техническая поддержка:
А. В. Смирнов.
Дизайн: Г. И. Радовский.

Полную информацию о нашей больнице смотрите на сайте

www.yrh.yar.ru

Газета **Здоровья Вам!** зарегистрирована в Верхне-Волжском межрегиональном территориальном управлении МПТР России Россия, 170000, г. Тверь, ул. Новоторжская, 6. Регистрационный номер ПИ № 5-0485 от 5 июня 2002 г.

Учредитель: Государственное учреждение здравоохранения Ярославской области Ярославская областная клиническая больница, 150062, г. Ярославль, ул. Яковлевская, 7, телефон/факс: 24-47-79. Главный редактор – главный врач ЯОКБ О. П. Белокопытов. Ответственный редактор – В. А. Радовская.

Отпечатано в типографии «Printex» ООО «Рико Экспресс», тел.: (0852) 795-795, 795-894. Тираж 6000. Заказ №