

Мы и ЗДОРОВЬЕ

№ 7 (733) 16 июля 2024 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



Источник фото: amitrp.ru

Молодые и со стажем

➤ Стр. 9-11

Под палящим
солнцем Сибири

➤ Стр. 14-16

Позвоночник в футляре

➤ Стр. 20-22

Вековой юбилей

Поспелихинская центральная районная больница отметила вековой юбилей. В торжественном мероприятии приняли участие председатель комитета АКЗС по социальной защите и занятости населения Ирина Солнцева, глава Поспелихинского района Игорь Башмаков, представитель Алтайской краевой организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Ирина Исакова, главный врач Поспелихинской ЦРБ Юлия Авдудина, коллектив больницы и ветераны медицинской службы района.

Ирина Солнцева поздравила коллектив больницы с юбилеем и профессиональным праздником, а также вручила отличившимся сотрудникам благодарности Министерства здравоохранения Российской Федерации и ряд краевых наград.

Сейчас в Поспелихинской ЦРБ работают 32 врача и 115 специалистов среднего медперсонала. В районе 12 терапевтических участков, работают 6 врачебных амбулаторий и 8 фельдшерско-акушерских пунктов. 2 ФАП (в поселках Хлебороб и Котляровка) появились в 2023 году в рамках регионального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения».

Особое внимание в Поспелихинском районе уделяют молодым кадрам. В этом году в район приедут три терапевта, которые учились в Алтайском государственном медицинском университете по целевым направлениям. За последние два года штат больницы пополнился на двух педиатров, на следующий год ждут еще одного. Район также нуждается в узких специалистах – например, в таких как невролог, офтальмолог, фтизиатр.



Источник – akzs.ru
Фото с сайта pospeliha-mfkc.ru

Грант на образовательный кластер



Барнаульский базовый медицинский колледж (ББМК) выиграл грант престижного федерального конкурса, организованного в рамках федерального проекта «Профессионалитет» государственной программы Российской Федерации «Развитие образования». Одно из направлений проекта – создание образовательных кластеров в России, в которые входят организации среднего профессионального образования и организации, действующие в реальном секторе экономики.

Это означает, что в 2025 году в регионе для подготовки кадров среднего звена в сфере клинической и профилактической медицины создадут мощное образовательное пространство. Оно объединит не только медицинские колледжи и медицинский техникум в

Алтайском крае, к реализации проекта присоединятся крупные медучреждения региона, такие как Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 2, Краевая клиническая больница, Консультативно-диагностический центр Алтайского края, Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Городская больница № 5 и Консультативно-диагностическая поликлиника № 14 г. Барнаул.

По словам директора ББМК **Ольги Бондаренко**, для подготовки современных специалистов по перспективным направлениям здравоохранения предполагается обновление материально-технической базы лабораторий и симуляционных площадок, где студенты смогут отработать свои практические навыки.

«Моя семья – мое богатство»

В Барнауле состоялся итоговый концерт творческого конкурса среди семей работников здравоохранения Алтайского края «Моя семья – мое богатство – 2024». На сцене дружные команды показали свои лучшие номера. В этот день звучали волшебные голоса победителей, демонстрировались виртуозные танцы.

Слова благодарности за активное участие в конкурсе и трепетное отношение к семейным ценностям выразила заместитель министра здравоохранения региона **Диана Борисова**. Также всех поздравила с Днем Петра и

Февронии председатель краевой организации Профсоюза работников здравоохранения РФ **Ирина Смирнова**.

– Это замечательное событие напомнило всем нам о важности близких отношений, поддержки и взаимопонимания в нашей жизни, – подчеркнула Ирина Анатольевна.

Победителями конкурса стали семьи **Шибановых, Ковалевых, Кокориных, Третьяковых, Романченко**. Они получили заслуженные дипломы. Кроме того, свидетельства участников конкурса получили все 24 семьи, которые боролись за первое место.

103 - единственный верный телефон неотложки

С 1 июля для того, чтобы вызвать врача на дом в случае неотложных показаний, необходимо позвонить по единственному верному телефону – 103. С сегодняшнего дня в медицинских учреждениях региона колл-центр, а также запись на Госуслугах для вызова доктора по неотложным показаниям не будут функционировать.

В 2023 году в регионе приступили к поэтапному внедрению единой диспетчерской службы неотложной медицинской помощи. Сегодня в крае сформировано семь межрайонных медицинских округов. Главврач скорой помощи г. Бийска, руководитель данного проекта **Алексей Карнаухов** рассказывает:

– Система организована по аналогии с диспетчерской службой скорой медицинской помощи. Вызовы поступают на единый номер 103, и все бригады неотложной медицинской помощи, в том числе пешие, подчиняются единому центру. Передвижения машин видны диспетчеру в медицинской информационной системе. Он направляет к пациенту ближайшую не занятую бригаду.

Благодаря такому подходу нагрузка на бригады скорой медицинской помощи в регионе снизилась на 37%, количество бригад неотложной помощи увеличилось на 49%, время обслуживания бригадами неотложной помощи пациентов увеличилось на 32%.

Более 130 Общественных советов

В региональном Минздраве состоялось совместное заседание Общественного совета и регионального отделения Совета общественных организаций по защите прав пациентов при территориальном органе Росздравнадзора. Такой формат обсуждения вопросов общественниками был выбран впервые.

Министр здравоохранения **Дмитрий Попов** отметил, что работа Общественных советов на межведомственной основе позволит рассматривать задачи, стоящие перед системой здравоохранения, сразу с нескольких сторон, а значит, и взвешенно принимать решения по возникающим вопросам.

Руководитель Росздравнадзора по краю **Виктор Зайцев** рассказал участ-

никам встречи о роли государственного контроля в снижении факторов риска при оказании медицинской помощи. Председатель комитета по здравоохранению АКЗС **Владимир Лещенко** обратил внимание на необходимость интегрировать частные медицинские организации в региональную информационную систему, в которой содержатся данные о результатах обследований и лечения жителей края.

Председатель Общественного совета при Министерстве здравоохранения Алтайского края **Владимир Трешутин**, информируя о работе организации, сообщил, что при медицинских организациях края создано уже больше 130 Общественных советов.

Отдохнуть и проверить здоровье

Более 800 детей, отдыхающих в оздоровительных лагерях, прошли профилактические медицинские обследования.

Выездные бригады Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики в июне провели комплексное профилактическое обследование детей, отдыхающих в детских оздоровительных лагерях «Дружных», «Медвежонок», «Соснычок», «Звездный», «Маяк», «Спутник-2». Работа организована в рамках реализации Плана мероприятий по профилактике и раннему выявлению сердечно-сосудистых заболеваний государственной программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае», регионального пилотного проекта «Здоровое сердце ребенка».

По письменному согласию родителей детям провели обследование, направленное на профилактику и раннее выявление ведущих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Ребятам измерили вес и рост, вычислили индекс массы тела, определили уровень артериального давления, глюкозы и холестерина в крови. После проведения обследования каждый получил индивидуальную консультацию педиатра.

В рамках выездной профилактической работы специалисты Центра провели обучение ребят по программе «Маршрут здоровья», разработанной с целью формирования у детей и подростков устойчивого интереса к проблемам своего здоровья, бережного отношения к нему, а также формирования культуры здорового образа жизни.

Программа включает в себя семь целостных учебных модулей: правила здорового питания, первая помощь при жизнеугрожающих состояниях, профилактика злокачественных новообразований, психологическое здоровье, профилактика заболеваний полости рта, физическая культура, о вреде курения.



Службе крови – 85 лет

В этом году краевая служба крови отмечает двойной юбилей: 90 лет назад было проведено первое переливание крови и 85 лет исполнилось Алтайскому краевому центру крови. В истории учреждения оставили свой след и купцы, и известный хирург Чеглецов, и современные нацпроекты.

Начало

Станция крови была открыта в Барнауле в 1939 году. Ее созданию предшествовали следующие события. В марте 1897 года в городе открылись бесплатная амбулаторная лечебница и городская больница, где работали 16 вольнопрактикующих акушеров. Они оказывали помощь роженицам и прививали горожан от оспы. Инициаторами открытия лечебницы были врач **Альбин Николаевич Недзвецкий** и бийская купчиха **Елена Григорьевна Морозова**, сделавшая пожертвования. В дальнейшем больница получила от барнаульского купца **Ивана Полякова** пожертвование по завещанию в размере трех тысяч рублей. С этих событий ведет отсчет своей истории городская больница № 1, а часть ее сотрудников в 1939 году стали работать на впервые созданной станции переливания крови.

С 1937 по 1940 год велось строительство трехэтажного хирургического корпуса для больницы – для него пришлось пожертвовать частью так называемой Дунькиной рощи. Первая станция переливания крови была открыта в этом новом здании на пересечении улиц, которые сейчас называются улица Димитрова и проспект Комсомольский. Станцию возглавил **Константин Иванович Зеров**, совмещавший эту деятельность с работой в



хирургическом отделении. Переливания крови в то время были прямыми, с использованием многоцветных инструментов и расходных материалов.

Военное время

В 1942 году станцию переливания крови возглавила хирург **Любовь Игнатьевна Трушко**, позже отмеченная званием «Заслуженный врач РСФСР». В годы Великой Отечественной войны штат станции состоял из трех врачей, двух медсестер, одного лаборанта, двух техников и кассира. Днем главный врач и сотрудники работали в эвакогоспитале, находившемся в здании хирургического корпуса горбольницы № 1, а вечером трудились на станции, так как доноры приходили сдавать кровь после окончания рабочего дня. Жители Барнаула горячо откликались на призыв медработников и активистов Красного Креста и вступали в ряды доноров. Донорами были и сами сотрудники станции: только главврач Любовь Трушко сдала 50 литров крови. Кроме того, при ней был освоен выпуск сыворотки.

В годы Великой Отечественной войны в донорской крови нуждались находившиеся в госпиталях раненые воины. Согласно данным центра хранения архивного фонда Алтайского края, всего за годы войны в крае 1954 человека являлись донорами и систематически сдавали кровь.

Переезд и новые подразделения

В 1950-е годы на станции переливания крови трижды менялись руководители, пока в 1959 году ее не возглавила **Лилия Степановна Посекунова**. Она оставалась главврачом станции до 1976 года. В это время увеличился объем заготавливаемой крови: если до ее прихода здесь заготавливали 3000 литров в год, то в 1976 году сотрудники смогли заго-

Цифры и факты

Константин Зеров – участник Гражданской войны в Средней Азии: с **1919** по **1921** год служил фельдшером в Туркестанской дивизии Красной армии. В **1924** году он окончил медицинский факультет Томского университета, а с **1934** года его жизнь оказалась связанной с Алтаем.

Первое переливание крови в Барнауле провел в **1934** году врач Петр Колошо для спасения жизни больной. Так совпало, что в этом же году после двухнедельной стажировки в Москве Константин Зеров вместе с хирургом Александром Чеглецовым также провели прямое переливание крови. Ассистировала им медицинская сестра Евгения Гардер, которую также называют первым донором.

В **1938** году донорам выплачивали по **50** копеек за **1** мл крови.

готовить почти в десять раз больше – 28 000 литров.

В октябре 1963 года краевая станция переливания крови переехала в новое здание, находящееся по адресу проспект Ленина, 197, где находится и сейчас. Расширение производственных площадей позволило выделить новые отделения и лаборатории. Была открыта бактериологическая лаборатория (до этого бактериологический контроль продукции проводился в СЭС). В ней стали проводить контроль воздуха в операционных боксах, контроль компонентов и препаратов крови.

Когда станции был выделен транспорт, сотрудники стали выезжать для

заготовки донорской крови на предприятия города, в другие города и села края. Для этого была сформирована постоянная выездная бригада.

В 1964 году открылась антирезусная лаборатория для производства антирезусных сывороток (ранее их привозили из Ленинграда). С целью увеличения производства антирезусных сывороток начали иммунизацию доноров.

В 1973 году начали производить криопреципитат – это дало возможность оперировать пациентов с гемофилией типа А (наследственным дефицитом фактора свертывания крови VIII). Тогда же на станции стали использовать метод плазмафереза, и началась заготовка тромбоцитарной массы.

Станция переливания крови стала организационно-методическим центром службы крови на Алтае: были организованы постоянно действующие семинары и другие мероприятия, направленные на повышение квалификации работников службы крови и медиков лечебной сети по вопросам заготовки и переливания крови. С 1960-х годов поддерживалась тесная связь с клиниками и кафедрами Алтайского государственного медицинского института. Одно из совместных исследований стало основой кандидатской диссертации известного алтайского врача, основателя научной школы, гематолога **Зиновия Соломоновича Баркагана**.

Разработка современных методик

С 1976 по 1991 годы главным врачом краевой станции переливания крови была **Людмила Стрельченко**. Под ее руководством станция открыла филиалы в Бийске и Рубцовске, в которых производили альбумин и сухой криопреципитат. В последующем эти станции выделились в самостоятельные учреждения.

Основная форма работы по организации безвозмездного донорства в то время – сотрудничество станции с городским и краевым комитетами общества Красного Креста и Крас-

ного Полумесяца. Тогда же краевая станция переливания крови и Алтайский государственный медицинский институт начали проводить глубокое исследование состава донорской крови и разрабатывать современные методики, позволяющие длительно сохранять все лечебные свойства плазмы. Благодаря этим разработкам уже в 1985 году краевая станция переливания крови стала заготавливать не только антистафилококковую и противоклещевую плазму, но и свежезамороженную плазму методом плазмафереза. Эта исследовательская работа стала основой кандидатской диссертации **Валерия Елыкомова**, ставшего главврачом станции в 2000 году. Такая плазма нашла и клиническое применение, и оказалась наиболее пригодной для приготовления компонентов крови: криопреципитата и супернатантной плазмы. В этом же году станция переливания крови стала готовить тромбомассу и лейкомассу. В лабораториях, для выявления инфекций, был внедрен метод иммуноферментного анализа, а в 1987 году лаборатория краевой станции переливания крови одной из первых на Алтае стала исследовать кровь на ВИЧ-инфекцию.

В сложные для всей страны 90-е годы станцию возглавлял **Эрнст Ядский**. Недостаточное финансирование учреждения привело к снижению объема заготовки крови. Но тем не менее и тогда внедрялись новые методики – был освоен метод аппаратного плазмацитафереза на импортных аппаратах «Гемонетикс» и «Фрезениус». В 1996 году в отделении заготовки крови была организована группа долгосрочного хранения клеток крови, в дальнейшем выделенная в самостоятельное отделение «Банк крови». Большая роль в этой работе принадлежала врачам **Наталье Тимофеевой**, **Зое Сергеевой**, **Наталье Сигаревой**.

В 90-е годы активно велась научно-практическая деятельность, ставшая основой для внедрения современных интенсивных методов заготовки и глубокой переработки

Продолжение на стр. 6 >>

«Продолжение. Начало на стр. 4-5»

донорской крови. Были защищены две диссертации, докторская и кандидатская, посвященные разработке и внедрению в клиническую практику ценного лечебного компонента – криосупернатантной плазмы. Авторы работ – Валерий Елыкомов и **Дмитрий Ерин**.

В 1999 году по инициативе Валерия Елыкова на базе станции переливания крови была создана кафедра гематологии и трансфузиологии АГМУ, ставшая ведущим научно-практическим центром Сибирского федерального округа. В том же году Валерий Елыкомов ввел в практику технологию карантинизации на базе банка замороженных эритроцитов и банка плазмы. Это было необходимо для защиты больных от возможного заражения ВИЧ, сифилисом, гепатитами В и С при переливании донорской крови. С 2003 года эта технология карантинизации донорской плазмы стала обязательной для всей страны.

Настоящее время

С 2005 года главным врачом КГБУЗ «Алтайский краевой центр крови» является **Татьяна Николаевна Индюшкина**. В 2003 году она была принята на должность заместителя главного врача по производству. Татьяна Николаевна долгие годы являлась главным гематологом-трансфузиологом Алтайского края, в настоящее время – главный внештатный специалист гематолог-трансфузиолог Министерства здравоохранения Алтайского края, была отмечена Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития РФ. За годы ее руководства в центре крови произошли значительные изменения. Так, в 2007 году был внедрен метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) при исследовании образцов донорской крови на наличие вирусов ВИЧ, гепатитов В и С. Это позволило выявлять инфекции в более короткий период от момента заражения и обеспечить вирусобезопасность компонентов крови. В 2011 году такое исследование было рекомендовано проводить всей отечественной службе крови.

Спектр исследований, гарантирующих вирусную и иммунологическую безопасность, постоянно расширялся, внедрялись новые технологии, была установлена автоматизированная информационная система трансфузиологии.

В 2010 году в рамках национального проекта «Здоровье» была проведена масштабная модернизация учреждения. Станция оснащена современным оборудованием, в том числе мобильным комплексом заготовки крови. В 2011 году, учитывая ее значимость для краевого здравоохранения, станция переливания крови переименована в Алтайский краевой центр крови.

С 2011 года работа по обеспечению иммуногематологической безопасности компонентов крови ведется с помощью более глубокого иммуногематологического тестирования доноров. Более того, с 2012 года проводится облучение компонентов донорской крови с применением рентгеновского аппарата для иммуноскомпрометированных больных.

В июле 2015 года была проведена реорганизация – к Алтайскому краевому центру крови были присоединены центры крови Бийска и Рубцовска. Это позволило сформировать единое профессиональное пространство службы крови Алтайского края с координацией работы на краевом уровне и централизацией управления стратегическими ресурсами компонентов крови, а также использовать единый стандарт заготовки и обеспечения качества донорской крови.

Работа по повышению качества компонентов крови продолжается, акцент делается на эритроцитную взвесь, производить которую начали в 2016 году. С 2018 года активно заготавливается концентрат тромбоцитов аппаратным способом, проводится инактивация патогенов в концентрате. Даже в период эпидемии COVID-19 стабильная плановая работа службы крови не нарушалась, заготовка крови велась постоянно.

Информация и фото предоставлены пресс-службой КГБУЗ «Алтайский краевой центр крови»

В барнаульской консультативно-диагностической поликлинике № 14 начало работу отделение медицинской реабилитации. Новое структурное подразделение располагает современным оборудованием. Подобных нет ни в одной другой поликлинике края.

Отделение медицинской реабилитации в учреждении создавалось с нуля, по личному поручению министра здравоохранения России **Михаила Мурашко**. Изначально открывать такое отделение в построенном здании не планировалось.

– Поручение открыть отделение медицинской реабилитации возникло прямо на строительной площадке поликлиники, во время визита Михаила Мурашко к нам в сентябре 2021 года, – рассказывает главный врач поликлиники № 14 **Дмитрий Денисов**. – Учитывая то, что у нас не было опыта работы в этом направлении, понадобилось несколько лет для создания отделения на базе учреждения. Мы изучали, как организована реабилитация в коммерческих клиниках и санаториях. Также подбирали штат специалистов: большинство пришли из частных медицинских организаций, где активно применяются необходимые нам методики.



Здесь ставят на ноги



Сейчас отделение реабилитации занимает половину пятого этажа нового здания поликлиники № 14. Основными направлениями его работы являются восстановление после травм, перенесенных инсультов и инфарктов. Безусловный приоритет также отдается реабилитации участников специальной военной операции.

В структуре отделения – 20 кабинетов и комната психоэмоциональной разгрузки, в которой психолог работает с пациентами в групповом и индивидуальном форматах. В штате отделения – медицинские сестры по реабилитации и по физиотерапии, инструкторы ЛФК, массажисты, врачи физической реабилитационной медицины.

В распоряжении пациентов поликлиники – магнитотерапия, механотерапия, лазеротерапия, электростимуляция, пневмокомпрессия конечностей, УЗ-терапия, КВЧ-терапия, дарсонвализация. Проводятся

Продолжение на стр. 8 >>

На заметку

Крутить, ходить и балансировать

Вот перечень некоторых видов оборудования, которое используют в отделении.

➤ **Велотренажеры.** Их два, на одном можно разрабатывать не только нижние, но и верхние конечности. На эту процедуру получают назначение пациенты с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, после травм коленного сустава, переломов нижних конечностей, при контрактурах суставов, после операций по эндопротезированию, операций металлоостеосинтеза, операций на суставах и позвоночнике, при длительном хроническом болевом синдроме (неврологические проявления остеохондроза).

➤ **Стабилоплатформа,** на которой пациент в игровой форме улучшает опорную способность нижних конечностей и тренирует вестибулярный аппарат. Занятия на ней показаны при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, нарушении вестибулярной функции. Пациент учится лучше управлять своим телом – в частности, ногами. Курс включает 5–10 занятий.

➤ **Реабилитационные дорожки для ходьбы.**

➤ **Многофункциональный тренажер «лестница – брусья»,** на котором можно тренировать навык ходьбы по ступеням (их высоту можно менять) и наклонной поверхности (ме-

няя угол наклона), придерживаясь руками за перила.

➤ **Тренажеры для пассивной механотерапии** различных суставов – голеностопного, коленного, тазобедренного, локтевого, плечевого, лучезапястного.

➤ **Оборудование для пневмокомпрессии конечностей,** предназначенное для получения лимфодренажного эффекта при борьбе с отеками разного происхождения – например, посттравматическими.

➤ **Интерактивный монитор для тренировки когнитивных функций и верхних конечностей.** На нем нужно выполнять различные задания (ловить, чертить, рисовать и т. д.).

«Продолжение. Начало на стр. 6-7»

групповые и индивидуальные занятия лечебной физкультурой, занятия на стабиллоплатформе, лечебная физкультура с аппаратами и тренажерами, массаж.

Многие пациенты проходят механотерапию: тренажеры позволяют разрабатывать суставы. А занятия на стабиллоплатформе помогают тем, у кого имеются нарушения мозгового кровообращения, были операции на позвоночнике.

Все физиолечение теперь также проводится в отделении. Если раньше пациенты получали его в виде единичных процедур, то сейчас физиотерапия выполняет функцию составной методики в реабилитации. Иными словами, индивидуально для каждого пациента выстраивается определенный комплекс назначений: из физиолечения, ЛФК, массажа и других методик.

Если пациенту назначена комплексная программа реабилитации, включающая несколько процедур, то он может проводить в отделении до трех с половиной часов в день.

– Реабилитация в поликлинике переросла из отдельных процедур в комплексное лечение, – говорит заведующая отделением **Инна Дьячкова**. – Раньше для ее прохождения мы направляли пациентов в другие медицинские учреждения, и срок ожидания составлял до трех месяцев. Сейчас же он заметно сократился. Свое собственное отделение обеспечивает своевременность реабилитации.

Одновременно реабилитацию в поликлинике проходят порядка сорока человек. Курс длится десять дней. Затем пациенту дают дальнейшие рекомендации по маршрутизации.

Для решения вопроса по тактике лечения, наличию показаний и противопоказаний для направления в отделение пациенту необходимо обратиться к терапевту, неврологу, хирургу или травматологу.

Подготовила Елена Клишина.

Информация и фото предоставлены пресс-службой медицинской организации

Молодые и со стажем



В Год семьи, объявленный Президентом в России, мы продолжаем рассказывать о медицинских семьях. Фразу о том, что медицина – это семейное, подтверждают две истории – молодых супругов Ребекевша и супругов Девятовых с большим стажем семейной жизни.

Семья Ребекевша: любовь и медицина

Какая профессия самая важная? У каждого человека есть свой ответ на этот вопрос. **Вадим Геннадьевич Ребекевша** и **Дарья Дмитриевна Наркевич** (в девичестве) решили посвятить свою жизнь медицине, обрета благодаря ей профессиональное призвание и семейное счастье.

Молодые врачи работают в Алтайском краевом онкологическом диспансере с 2022 года: Вадим Геннадьевич – онкологом в отделении онкоурологии, а Дарья Дмитриевна – патологоанатомом.

Оба они родом из Республики Хакасия, оба окончили медицинский институт Хакасского государственного университета им. Н. Ф. Катанова.

ва в Абакане. Учились в потоке одного года в параллельных группах. Для итоговой работы второго курса Дарья проводила исследование на юношах первого и второго года обучения, и Вадим оказался одним из испытуемых. Девушка сразу обратила на него внимание. Своей знакомой, которая более близко общалась с юношей, посоветовала: «Какой хороший парень, отчего вы не встречаетесь? Смотри, уведут!» В итоге сделала это сама. «Он умный, красивый, воспитанный – ну как тут устоишь?!» – комментирует ситуацию Дарья.

Вадим тоже сразу приметил эту девушку, только почему-то решил, что они не смогут быть вместе: «Когда впервые ее увидел, подумал: “Какая красивая девочка! Такая взрослая, амбициозная, делает крутое исследование – я такую не потяну”». Только спустя полгода Даша узнала, что Вадим хочет с ней общаться, а она и не возражала.

В ординатуру после вуза они решили поступать в Барнаул – в Алтайский государственный медицинский университет. Приехали получить специализацию, а остались здесь жить.

– Как-то в 11 классе меня спросили, куда я пойду учиться. Я в шутку бросила: «В патанатомию». Хотя вообще не собиралась идти туда, «где надо вскрывать бабушек» – так я тогда думала. Все шесть лет в вузе я целенаправленно искала свое направление. Когда поступала в ординатуру, мне предложили именно эту специализацию – и я пошла, раз сама судьба так распорядилась. Получилось как в поговорке: не шути, а то сбудется. Но я совершенно не пожалела. Мне очень нравится моя профессия, нравится коллектив, в который я попала: здесь я чувствую себя на своем месте.

В ординатуру за собой Дарья подтянула и Вадима, хотя молодой человек собирался после вуза пойти работать участковым терапевтом. Но вместе – значит вместе.

Онкология Вадиму была интересна еще в процессе учебы. А вот от урологии после вуза у него осталось такое впечатление: «Вот это точно не мое!» Но когда в Барнауле попал в от-

деление знаменитого на всю Россию онкоуролога **Сергея Александровича Варламова**, то отчаянно загорелся этой работой.

В 2022 году молодые врачи поженились. Свадьбу сыграли в родном Абакане – камерное мероприятие, выездная регистрация на природе, атмосфера уюта и близости.

Супруги Ребекевша стараются все делать вместе: вместе готовят, делают уборку, гуляют, ходят в кино и даже на йогу – правда, сейчас занятия йогой они забросили, как и совместные чтения книг в кофейнях по выходным: «Когда мы только обживались в Барнауле, то старались выбраться в разные места, чтобы лучше познакомиться с городом». А вот любимую традицию совместного просмотра фильмов про Гарри Поттера в канун Нового года Вадим Геннадьевич и Дарья Дмитриевна не нарушают никогда.

На работе они – коллеги: никакой семейной фамильярности, обращение друг к другу только по имени и отчеству. О детях пока не думают – все время занимает любимая работа, в которой еще многому предстоит научиться.

– Хотелось бы нам основать свою медицинскую династию? Звучит заманчиво, но принуждать детей при выборе профессии не будем. Заинтересовывать, знакомить с лучшими сторонами медицины – обязательно, но решать – им самим.

Семья Девятовых: соединила работа

Супруги работают в барнаульской городской больнице № 8: **Михаил Викторович** – врач-уролог, **Любовь Геннадьевна** – медицинская сестра-анестезист.

Стаж Михаила Викторовича в медицине – 41 год. После окончания медицинского института в 1982 году он работал в Бийске по распределению, затем перешел в Краевую больницу в отделение урологии. С 1988 года Михаил Викторович трудится в городской больнице № 8.

Он признается, что за долгие годы отношение к работе у него не поменялось: «Я с удовольствием начинал ра-



ботать и до сих пор продолжаю, хотя уже и на пенсии, но пока физически могу – буду работать».

Именно на работе он познакомился со своей будущей женой Любовью Геннадьевной, с которой они вместе уже 25 лет.

Михаил Викторович выбрал медицину, следуя по стопам своей матери, которая тоже была врачом. А семья Любви Геннадьевны – не медицинская: отец работал водителем, а мать – дояркой. Несмотря на это, она уехала в город после окончания восьмого класса, поступила в медицинское училище и посвятила свою жизнь медицине.

После окончания медицинского училища Любовь Геннадьевна начала свою карьеру в терапевтическом отделении барнаульской городской больницы № 8. С открытием реанимационного отделения в 1988 году перешла туда.

Летом супруги любят проводить время в саду. Иногда к ним приезжают дети, сын и дочь, чтобы отдохнуть и провести время с родителями.

Информация и фото предоставлены пресс-службами медицинских организаций

Психологи первых дней материнства

Семья по-настоящему становится семьей, когда в ней появляется ребенок. За несколько дней до его рождения и в течение нескольких дней после женщина может, если ей это необходимо, получить поддержку психолога прямо в родильном доме. О своей работе рассказали медицинские психологи перинатального центра АККЦОМД Татьяна Гоман и Оксана Железная.

С первого момента

– Татьяна Владимировна, как происходит знакомство будущей мамы с психологом в перинатальном центре?

– Мы стараемся вести профессиональное сопровождение женщин с первого момента их появления здесь. Очень важно наладить контакт с женщиной, особенно если она поступает в сложном состоянии – возможно, даже реанимационном.

Поступая к нам, каждая женщина получает буклет с информацией о том, что в учреждении есть психологи, к которым она может обратиться, в том числе самостоятельно. Уже в отделении ей может быть дано назначение посетить психолога. Каждый день в 11 часов у нас проводятся групповые занятия, которые женщина может посещать по желанию. Первое занятие ознакомительное, затем мамы могут выбрать более интересующую их тему. Чаще всего выбирают тему «Роды». Те женщины, которые с большим интересом относятся к материнству, слушают также темы по физиологии грудного вскармливания. Когда они прослуша-



ют эти лекции, им будет проще сориентироваться после рождения ребенка в вопросах ухода за ним, а также принять то, что с его рождением их жизнь сильно изменилась.

Как правило, в нашем перинатальном центре женщина проводит не слишком продолжительное время – от нескольких дней до нескольких недель. В среднем женщины поступают на сроке 38 недель или, если нет никаких проблем, чуть позже, в 39 недель, и находятся до 41 недели беременности. В любом случае почти всегда есть несколько дней на подготовку к родам. За это время женщины знакомятся и с учреждением, и друг с

другом, посещают творческие занятия, занятия гимнастикой, которые помогают настроиться на процесс рождения ребенка, чтобы он был для них не страшным, а желанным.

Даже если у женщин есть какие-то личные проблемы, далеко не все из них способны это распознать. Как правило, врачи видят, что женщина находится в угнетенном или тревожном состоянии или у нее есть проблемы с вагинальными осмотрами (что может быть следствием заболевания или перенесенного насилия). В этих случаях профилактические занятия с психологом нужны в обязательном порядке. Женщина, боящаяся прикос-

новений доктора, и в родах способна повести себя таким образом, что может навредить ребенку.

Если есть проблемы

Психологу, по словам **Татьяны Го-ман**, приходится работать с самыми разными категориями женщин, которые имеют весьма разнообразные проблемы. Например, женщины, которые уже знают о том, что их ребенок родится с нарушениями здоровья, или, наоборот, для которых это стало неожиданным.

– Психологическая работа с ними ведется в обязательном порядке. Такие женщины уже пережили острое горе из-за того, что у них родится ребенок с особенностями здоровья, они настроены на длительное пребывание в медицинском учреждении, на помощь ребенку. Они получили ответ от своих родственников, кто их будет поддерживать.

Гораздо большую тревогу у нас вызывают те женщины, которые только после рождения ребенка узнали о том, что у него имеются патологии. Например, только после родов, и даже не сразу, а на второй-третий день, выявляются патологии кишечника, сердца. Женщины, которые к этому не были готовы, всегда тяжело переживают, так как это меняет их планы относительно возвращения домой, ухода за старшими детьми, им сложно привыкнуть к мысли о длительном пребывании в больнице.

– **Насколько нуждаются в психологической помощи мамы недоношенных детей?**

– Сейчас к нам поступает не так много женщин с преждевременными родами. Как правило, у них уже довольно большие сроки, и дети рождаются не настолько маленькие. Как правило, пациенткам передается уверенность наших докторов, к тому же у мам есть возможность ухаживать за своими малышами. Врачи им все объясняют, каждые три часа они ходят на кормление – сцеживают мо-

локо, сами приносят его, сами кормят, своими руками осуществляют уход за ребенком. Даже находящегося в реанимации ребенка можно осторожно гладить, смотреть, в каком он состоянии, привыкать к нему. Это решает целый ряд психологических проблем, потому что мать включена в деятельность по уходу за ребенком. Ребенок, даже если спит, слышит голос матери, воспринимает, понимает его, осознает, узнает ее. Когда она находится рядом, он понимает, что все хорошо, и расслабляется. Как только ребенок готов к тому, чтобы безопасно находиться у матери на руках, мы сразу разрешаем ей брать его на руки.

– **Насколько сложно работать с несовершеннолетними беременными?**

– Самые ранние беременности в моей практике – от 13 лет. В этом году была 14-летняя девочка. Органи-

змизм у этих девушек незрелый, поэтому у нас они получают помощь не терапевта, а педиатра – такими пациентками занимается заместитель главного врача по педиатрической помощи

Юлия Владимировна Миллер. Конечно, этим

юным девушкам, которые так рано встали на путь материнства, нужна помощь. У них часто присутствует эмоциональная незрелость. К примеру, был случай, когда девочка отказывалась от общения с врачами, с нами, психологами. У нее был гестационный сахарный диабет, и она хотела уйти из роддома, чтобы переоформить паспорт. Мы не могли найти к ней подход, пока не выяснилось, что мама этой девочки в ее состоянии не видела ничего страшного и транслировала ей такое отношение к собственному здоровью и к врачам. Поэтому пришлось сначала работать с мамой – вызвать ее, наладить контакт, объяснить серьезность состояния дочери. Мама поговорила с дочерью, и та изменила манеру общения с врачами. С трудными подростками лучше работать, вовлекая их в твор-

ческую, приятную им деятельность. Девочка была очень творческая, и я предложила ей расписать красками детскую шапочку.

– **А какие слова вы находите для женщин, которые решают отказаться от ребенка?**

– Мне запомнился на всю жизнь случай, произошедший несколько лет назад, когда женщина родила тройню и собиралась забрать из роддома только двоих. Врач спрашивает: «Почему вы хотите оставить в роддоме одного из них? Ведь все дети здоровые, абсолютно одинаковые мальчишки». Женщина говорит: «Потому что я готовилась к рождению двойни, и третьего конверта у меня нет». В таких случаях мы моментально находим и конверт, и прочее необходимое.

С «отказницами» мы сталкиваемся нечасто. У нас налажена система работы с краевым кризисным центром для женщин – заключен договор между учреждениями, и при необходимости вызывается мобильная бригада кризисного центра. Помимо нашей помощи, женщины еще получают ряд консультаций, узнают о возможности временного пребывания в социальной гостинице, им помогают устроить свой быт, трудоустроиться, приобрести жилье.

Первые дни горя

Психологам перинатального центра иногда достается самая сложная работа – принять на себя первые дни горя, когда женщина сталкивается с гибелью ребенка внутриутробно или сразу после родов. Об этом рассказала **Оксана Железная.**

– При антенатальной или интранатальной гибели плода мы сопровождаем женщин как в дородовом периоде, при подготовке к родоразрешению, так и в послеродовом периоде, помогая преодолеть шоковую ситуацию, справиться с чувствами, осознать дальнейшие действия и пережить острое горе. В роддоме женщина проводит три-пять дней, а потом уезжает к себе домой, и про этот период мы тоже проговариваем: что в первые два меся-

Продолжение на стр. 12 >>

В среднем недоношенный ребенок находится в роддоме до того дня, когда он должен был появиться на свет согласно предполагаемой дате родов. По крайней мере, маму я настраиваю именно на такой период нахождения в медицинском учреждении.

«Продолжение. Начало на стр. 10-11

ца нужно обязательно обратиться за психологической помощью не только самой этой женщине, но и другим членам ее семьи. Мужчинам бывает очень тяжело пережить горе жены, они также нуждаются в психологической помощи и поддержке.

Нашим пациенткам доступны онлайн-консультации, психологическое сопровождение семьи в первые дни пребывания дома. Родные пациенток заинтересованы в психологической помощи, поэтому звонят, задают важные вопросы: «Как правильно разговаривать с супругой? Какие слова поддержки говорить? Она днями и ночами плачет, я не могу смотреть на это! Как мне самому теперь жить с этой болью?» Вовремя оказанная семье психологическая поддержка помогает конструктивно прожить острое горе и строить репродуктивные планы на будущее.

В течение тех дней, что женщина находится в нашем учреждении, я сопровождаю ее ежедневно, от момента подготовки к родоразрешению до выписки. Помощь состоит в принятии ситуации, проживании чувств и эмоций, связанных с перинатальной потерей. Вне зависимости от срока потери, для многих женщин это потеря именно ребенка, а не беременности, поэтому крайне важно не обесценивать беременность, закончившуюся трагедией, а поддержать женщину. Нельзя говорить такие фразы: «Забудь, потом другого родишь», «У вас же есть старшие дети, думайте о них», «Это ваша вина!» Фразы поддержки должны быть такими: «Я вам очень сочувствую», «Мне очень жаль, что вам пришлось с этим столкнуться», «Я очень хочу вам помочь/поддержать вас/разделить вашу боль», «Я рядом, я с вами».

Как-то раз в одно время в нашем центре оказались три женщины на поздних сроках беременности, у которых внутриутробно погибли дети. Этого никак нельзя было предвидеть и предотвратить во всех трех случаях. Психологическая поддержка, индивидуальное сопровождение и групповая терапия, в ходе которой женщины могли выражать эмоции горевания,

Волонтерские проекты

В перинатальном центре АККЦОМД сейчас реализуются два проекта совместно с Барнаульским базовым медицинским колледжем. Один из их кураторов от центра охраны материнства и детства – Оксана Железная. По ее словам, у проектов есть несколько важных задач – не только возрождение традиций милосердия и добровольной помощи пациентам, но и знакомство студентов с будущей профессией вживую.

– Первый проект, «Мы рядом», стартовал год назад. Он направлен на оказание поддержки и сопровождение женщин в родах. Волонтерскую деятельность учащихся курируют перинатальный психолог, врачи и акушерки. Волонтеры уже прошли соответствующее обучение, получили сертификаты и в январе приступили к сопровождению женщин в родах. Отметим, что роженицы участвуют в проекте только с их согласия, а волонтеры не используют медицинские методы и не оказывают медицинскую помощь во время родов и в послеродовом периоде – все это делают штатные медицинские работники перинатального центра. Не все волонтеры продолжили свое участие в проекте, пройдя первое сопровождение женщин. Но для кого-то первое сопровождение родов принесло понимание: «Хочу работать непосредственно в родзале».

Проект «Белокрылый пеликан» посвящен теме грудного вскармли-

вания и был начат весной 2024 года. Студенты ББМК, также под кураторством сотрудников перинатального центра, обучают мам правилам грудного вскармливания и ухода за новорожденными. Для некоторых женщин это новые знания, помощь и забота. Для студентов – способ «входа» в будущую профессию. При этом помощники не осуществляют уход за ребенком вместо мамы, не выполняют лечебные или диагностические манипуляции, не ставят диагнозы и не отменяют их и лечение, назначенное врачом. Волонтеры сопровождают женщин с новорожденными на лечебные процедуры, помогают палатной медицинской сестре в уходе за родильницами и новорожденными, помогают женщинам при грудном вскармливании, в осуществлении кормления, а также заботятся о создании благоприятной обстановки во время ухода за малышом, что благоприятно сказывается на становлении материнской сферы и уверенного родительского поведения.

Моя старшая дочь Екатерина – студентка ББМК по специальности «лечебное дело», участница одного из проектов. Будучи на первой практике в перинатальном центре, она не только очень воодушевилась своим участием и оказанием помощи пациенткам, но и удостоверилась в правильном выборе будущей профессии.

при этом каждой были понятны состояние и чувства остальных, помогли каждой из них прожить свою боль и обрести ресурсное состояние к моменту выписки.

К сожалению, бывают случаи, когда беременность необходимо прерывать по медицинским показаниям. Как правило, такое решение принимается, исходя из диагноза плода, несовместимого с внеутробной жизнью. Поэтому сопровождение такого тяжелого периода в жизни женщины обязательно.

Перед выпиской каждой пациентке мы даем рекомендации не только о возможности получения психологической помощи по месту жительства, но и об организации «уголка памяти о малыше», где будут снимки УЗИ, приготовленные вещи, маленькие игрушки, напоминающие о ребенке, которые потом родители могут обнимать. Память – это как будто продолжение жизни.

Елена Клишина.
Фото предоставлено
пресс-службой АККЦОМД

Лучший инфекционист Алтайского края 2024 года

Тридцать четвертый год подряд Алтайский краевой центр по борьбе со СПИДом помогает жить счастливо, рожать здоровых детей и строить смелые планы на будущее людям с ВИЧ-инфекцией. Специалисты центра на ежедневной основе делают все, чтобы улучшить качество и продолжительность жизни своих пациентов.

Специалисты центра заинтересованы в профилактике и максимальной информированности населения по вопросам ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, ранней диагностике и постановке на диспансерный учет людей с ВИЧ-положительным статусом, а также их дальнейшей приверженности антиретровирусной терапии, медицинскому наблюдению детей, имеющих перинатальный контакт с ВИЧ-инфекцией, и дискордантных пар, в которых один из партнеров не имеет этого хронического заболевания.

Благодаря слаженной работе команды профессионалов центра, ежегодно проводится свыше 2 тыс. профилактических лекций и семинаров, обследуется более 700 тыс. жителей Алтайского края, включая доноров и медицинский персонал. В течение года антиретровирусную терапию получают свыше 15,5 тыс. человек. Кроме того, из 350 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей в 2023 году, полностью здоровы и не имеют заболевания 98,6%.

Краевой СПИД-центр также имеет ресурсы для оказания психологической поддержки людей, столкнувшихся с ВИЧ-инфекцией, и их близких. А



на базе самого центра и специального передвижного мобильного комплекса можно пройти экспресс-тестирование на ВИЧ и получить консультацию о мерах профилактики и личных рисках. Расписание кабинета экспресс-тестирования и расположение мобильного комплекса можно ежемесячно узнавать на сайте www.altaid22.ru.

Из года в год Министерство здравоохранения Алтайского края признает заслуги и ценный вклад в поддержание здоровья населения врачей-терапевтов, эпидемиологов, педиатров, фтизиатров, дерматовенерологов, неврологов, акушеров-гинекологов и инфекционистов краевого СПИД-центра.

В этом году лучшим инфекционистом края стала **Ольга Белоусова**, врач-инфекционист лечебного отдела Алтайского краевого центра по борьбе со СПИДом. Ольга Владимировна представила свою работу «Отчет о профессиональной деятельности и владении медицинскими технологиями (методиками) за 2021–2023 годы» на Всероссийский конкурс врачей и специалистов с высшим немедицинским образованием в номинации «Лучший инфекционист».

14 июня на торжественном вручении дипломов победителей в Государственной филармонии Алтайского края Ольга Владимировна получила свою награду из рук министра здравоохранения Алтайского края **Дмитрия Владимировича Попова**.

«Я узнала о своей победе 1 мая на сайте Министерства здравоохранения Алтайского края – это было волнительно, но очень приятно. Безусловно, я бы не решилась подать свою кандидатуру на конкурс, если бы не предложение нашего главного врача **Валерия Владимировича Шевченко**.

Для участия в конкурсе нужно было предоставить результаты своей работы за последние 3 года и сделать по ним презентацию. В итоге у меня все успешно получилось.

Выражаю огромную благодарность главному врачу нашего центра за предоставленную возможность и вдохновение на инициативность, коллегам за поддержку, а Министерству здравоохранения Алтайского края за оказанное мне, как специалисту, доверие», – поблагодарила Ольга Белоусова.

Информация предоставлена пресс-службой Центра СПИД

Под палящим солнцем Сибири

Последняя декада июня прошла под высоким градусом – температура воздуха по краю местами превышала отметку 35° по Цельсию. Такие аномальные показатели способны повлечь многочисленные последствия – обезвоживание, солнечные ожоги, тепловой или солнечный удар. Кроме того, в жару существенно увеличивается риск сердечно-сосудистых катастроф – инфарктов и инсультов. О том, как не допустить трагедии и защитить свой организм от воздействия жары, расскажет главный врач Краевого центра общественного здоровья и медицинской профилактики Татьяна Репкина.



Без экстремального охлаждения

– Татьяна Викторовна, какая температура оптимальна для организма человека, а при какой начнется нарушение его функций?

– Для комфортного самочувствия большинству людей необходима температура окружающей среды до 26 градусов, для пожилых и детей – 24 градуса. Имеет значение и влажность воздуха. Высокие показатели температуры, как и ее перепады, негативно отражаются, в первую очередь, на метеочувствительных людях. В таких условиях риск обострения хронических заболеваний и декомпенсаций всегда выше, особенно если нет медикаментозной поддержки. Но и на условно

здоровых людей жара, безусловно, влиять будет: появляется вялость, снижаются работоспособность и концентрация внимания.

– Какие системы организма страдают в первую очередь?

– Прежде всего, уязвима сердечно-сосудистая система. Люди, страдающие артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, пациенты, которые перенесли инфаркты или инсульты, а также те, у кого хроническая сердечная недостаточность, будут в эпицентре внимания.

– Отеки – частая жалоба в жаркое время года. С чем связано их появление?

– Это естественный процесс, который связан с расширением сосудов,



**на 1 кг массы
тела - такое
количество жидкости
необходимо
выпивать человеку
в сутки**

вследствие которого возникают застой и выпотевание жидкости. Причем те, кто склонен к гипотонии, отмечают еще большее снижение артериального давления – по той же причине. Чтобы помочь сосудам, необходимо принимать контрастный душ, прохладной водой как можно чаще. Пользы будет еще больше, если делать эту процедуру в комплексе с гимнастикой с поднятыми вверх ногами.

– Нередко, чтобы охладиться, люди начинают прибегать к экстремальным способам. Как правильно охладить организм в жару?

– Как уже упоминалось выше, это контрастный душ, но не стоит чередовать горячую и ледяную воду, все должно работать на балансе. Если нет возможности принять душ в течение дня, можно лицо и ноги сбрызгивать или же протирать холодной водой.

Жидкости в организме должно быть достаточно – 30 мл на кг массы тела. Иначе могут наступить обезвоживание, перегрев организма и, как следствие, тепловой удар – состояние крайне серьезное, способное привести к летальному исходу.

Обращаю внимание на то, что воду следует пить прохладную, ни в коем случае не ледяную, лед также лучше не употреблять. Прекрасно утоляют жажду в зной морсы и компоты, которые к тому же богаты витаминами. Пить нужно, как только возникает чувство жажды.

В помещениях по возможности необходимо пользоваться кондиционерами, установив на них оптимальную

температуру, а также вентиляторами. Рядом с ними можно ставить емкость с водой. В домашних условиях, чтобы воздух не был чрезмерно сухим, можно развесить мокрые полотенца и простыни. Днем окна лучше занавешивать темными шторами.

На улицу надо постараться в жару не выходить, особенно в период, когда солнце находится в зените. Обязательно с собой должна быть бутылка с водой. Не стоит пренебрегать головными уборами – например, панамой или шляпой с широкими полями. Не стоит стесняться использовать широкие зонтики – они отлично защищают от палящего солнца. Одежда, которую мы носим в жару, должна быть сделанной из натуральных тканей светлых оттенков, быть просторной и закрывать кожу по максимуму. Соблюдение этих рекомендаций существенно снижает риски воздействия высоких температур.

Жизнь в жару

– Татьяна Викторовна, какого рациона следует придерживаться в зной?

– В первую очередь, следует избегать переедания, ведь организму и так непросто в жару. Не рекомендуется употреблять жирные продукты, а также горячие супы. Предпочтение стоит отдавать легким блюдам (рыба, морепродукты, молочные продукты), а также всему, что охлаждает (окрошка с айраном, кефиром, минеральной водой, холодные супы, салаты из свежих овощей). Белковые продукты рекомендуются во все приемы пищи, особенно пожилым людям. Сейчас много сезонных фруктов и ягод – можно ими делать перекусы. Если нет диабета и противопоказаний, можно утолять жажду натуральным квасом.

Обращаю внимание на то, что особенно важно сейчас проверять сроки годности продуктов – риск отравления в такую жару возрастает в разы. Приготовленная еда должна храниться не более 4 часов. Ничего нельзя оставлять на плите или на столе, необходимо как можно быстрее убирать приготовленное блюдо на холод. От покупки готовых блюд тоже лучше

Это важно!

Правила жизни

➤ Чтобы легче переносить жару, нужно избегать перегревания: исключить физическую активность в слишком жаркие дни и часы, надевать летний головной убор, свободную светлую одежду из натуральных тканей, носить с собой воду и пить ее постоянно небольшими порциями.

➤ Не оставлять детей в машине одних, а пожилых людей – на солнце, объяснив им, что во время нахождения на дачных участках нельзя работать на открытом воздухе в жару в период наибольшей активности солнца – с 11 до 16 часов.

➤ Если в жару появились признаки теплового удара (головная боль и головокружение, ощущение лихорадки, утомляемость, слабость, угнетение сознания, покраснение кожи, одышка, холодный пот, тошнота), важно сразу же принимать меры. Человека следует увести в тень и дать ему попить. Необходимо помнить: иногда тепловой удар может привести к необратимым последствиям для здоровья и даже к смерти.

воздержаться. Воду пить необходимо только из проверенных источников или же кипяченую.

Что касается напитков, противопоказаны тонизирующие. Алкоголь в жару необходимо избегать всем, даже здоровым людям. Не стоит злоупотреблять кофе – можно выпивать его не более 4 чашек в день и лучше в первой половине дня. И нужно помнить: одна чашка кофе должна сопровождаться двумя стаканами воды, поскольку он обладает доказанным диуретическим эффектом. Во время жары кофе можно заменить зеленым или травяным чаем. Липовый цвет, листья малины и мята прекрасно освежают.

Продолжение на стр. 16 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 14-15»

– Нужно ли снижать физическую активность?

– Если человек посещает фитнес-зал, где есть кондиционеры, то заниматься можно по привычной программе, чуть снизив интенсивность. Если таковые отсутствуют, то лучше отдать предпочтение направлениям с плавными движениями (пилатес, йога, нединамичные танцы). Силовые тренировки лучше заменить плаванием в бассейне.

От пеших прогулок отказываться не стоит, но запланировать их нужно на утренние или вечерние часы – до 10:00 или после 18:00.

Посещение бань и саун в жаркие дни не рекомендуется. Тем более исключен контраст: не следует из жары перегретое тело (например, после процедуры загара) погружать с головой в холодную воду. Такие перепады температур чреваты остановкой сердца. Особенно если человек принимал алкоголь. Усугубить ситуацию способны и индивидуальное состояние каждого отдельного человека: если имеются метаболические изменения, небольшая гипертензия, то риски неблагоприятного исхода возрастут в разы.

– Какие рекомендации Вы можете дать для людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями или риском их развития?

– Тем, у кого есть такие заболевания, в жаркие периоды важно усилить контроль за артериальным давлением. Если его показатели растут, необходимо увеличить дозировку препарата, но обязательно после консультации с врачом. В жару, как правило, давление снижается. Чтобы не было гипотонии и ортостатических проявлений, при снижении артериального давления дозы гипотензивных препаратов нужно снижать, но также согласовав это с доктором.

Важно избегать нахождения на открытом солнце в период наибольшей его активности – с 11 до 16 часов.

Беседовала Ирина Савина

И огонь, и вода



Первый месяц лета выдался жарким во всех смыслах этого слова. Жители Сибири всегда с нетерпением ждут теплых дней, и это становится одним из факторов потери бдительности, а как следствие – несчастных случаев. Традиционно в этот период увеличивается количество ДТП с участием велосипедистов и самокатчиков. Так, с мая в Краевую клиническую больницу скорой медицинской помощи госпитализировали 367 человек с различными травмами после дорожно-транспортных происшествий, 77 из них – дети. Кроме того, в жаркую погоду увеличивается количество несчастных случаев на воде. Как провести лето без риска для здоровья и жизни – в нашем материале.

Сохранять бдительность

С начала года в Краевой центр тяжелой сочетанной травмы (травматологическое отделение № 2 Краевой больницы скорой медицинской помощи) поступают пациенты со всего края с тяжелой сочетанной или сложной скелетной травмой после падения с высоты, пострадавшие в чрезвычайных ситуациях, после дорожных происшествий. Причем более 75% всех несчастных случаев с тяжелыми сочетанными травмами приходится на дорожно-транспортные происшествия. Подавляющее число обращений относится к теплomu сезону.

«Сейчас у нас есть несколько пациентов, и в реанимационном отделении очень тяжелая несовершеннолетняя пациентка, которая двигалась с братом на мотоцикле без мотошлема. И в результате аварии получила очень тяжелые травмы: черепно-мозговую и травму таза, которые потребуют этапных хирургических вмешательств», – рассказывает старший ординатор травматологического отделения №2 Краевой больницы скорой медицинской помощи **Иван Плотников**.

Как правило, при подобных ДТП характерны тяжелые черепно-мозговые травмы, причем зачастую открытые, а также травмы конечностей, таза и внутренних органов. Подобные повреждения способны привести к летальному исходу прямо на месте происшествия.

Кроме того, растет количество аварий с двухколесными транспортными средствами – велосипедами и самокатами. Результатом таких ДТП становятся черепно-мозговые травмы и травмы конечностей. «Из всех участников движения наиболее уязвимые – пешеходы и велосипедисты, а также те, кто управляет самокатами – то есть те, кто движется с небольшой скоростью и попадает в ДТП с теми, кто движется на более высокой скорости. Последствия таких высокоэнергетических травм всегда тяжелые, – говорит врач травматолог-ортопед высшей категории

травматологического отделения № 2 ККБСМП **Ряшад Гусейнов**. – У велосипедистов в большинстве случаев – черепно-мозговые травмы с сочетанием травм конечностей (чаще всего это переломы) и травмы грудной клетки – переломы ребер, пневмогемоторакс. Нередко встречаются травмы брюшной полости и переломы костей таза». Результат таких тяжелых повреждений – сложнейшие операции, длительное нахождение на больничной койке и многомесячная реабилитация, нередко – инвалидность.

Врачи ККБСМП ежедневно видят трагические последствия невнимательности на дороге и призывают всех участников движения соблюдать элементарные меры безопасности: пешеходам необходимо бдительно совершать переход по проезжей части, лишний раз убедиться, что опасности нет. Дорогу переходить исключительно по пешеходному переходу, на зеленый свет светофора, при четкой уверенности, что участники движения на всех полосах остановились. Детям и пожилым людям на дороге необходимо уделять максимальное внимание. На дороге они чаще всего рассеяны.

Велосипедистам и самокатчикам также важно следить за всеми участниками дорожного движения, самим не нарушать правила – всегда двигаться в крайнем правом ряду, руками показывать все необходимые жесты, чтобы другие участники движения могли понимать их намерения. Водители двухколесных транспортных средств должны быть в шлеме и полной защитной экипировке, которая предусмотрена правилами дорожного движения.

Спасение утопающих

Ежегодно в Краевой клинической больнице скорой медицинской помощи проходят лечение более 30 пациентов, получивших «травму ныряльщика». В основном травмируются молодые люди и подростки. В этом году в больницу уже госпитализированы 4 человека, получившие травмы при нырянии, 2 из них в реанимации.

На заметку

Правила жизни от МЧС

- Ни в коем случае не входить в воду в состоянии алкогольного опьянения.
- Купаться лучше вечером или утром, когда солнце греет, но нет сильного перегрева.
- Не заплывать за ограничительные знаки.
- Не подплывать к близко проходящим судам, лодкам и катерам.
- Не оставлять у воды малышей – они могут оступиться, упасть и захлебнуться водой.
- Крайне важно обучать детей правилам безопасного поведения на воде и плаванию. Уделите им максимум своего внимания: чаще говорите с ними, расскажите им о возможных опасностях и правилах безопасного поведения. А главное – на собственном примере научите их вести себя так, чтобы не попасть в беду.
- В случае беды немедленно звоните с мобильного на телефоны 101 или 112.

«Травма ныряльщика» – это перелом шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга вследствие резкого удара головой о дно.

Пациенты с такой травмой, как правило, нуждаются в экстренной оперативной помощи», – говорит заведующий отделением нейрохирургии **Евгений Черданцев**. Последствия таких травм очень серьезные. Около 2/3 случаев заканчиваются смертью пострадавшего, 1/3 – инвалидностью 1 или 2 группы.

В связи с аномальной жарой у спасателей этим летом работы прибавилось. По данным на 2 июля, с начала года на водных объектах региона зарегистрировано 23 происшествия, в результате которых погиб 21 человек, в том числе пятеро несовершеннолетних. По словам начальника

Продолжение на стр. 18 ➤➤

«Продолжение.
Начало на стр. 16-17

отдела безопасности людей на водных объектах ГУ МЧС России по Алтайскому краю **Андрея Субочева**, за аналогичный период прошлого года зарегистрировано 16 происшествий, в результате которых погибло 16 человек, в том числе один ребенок.

Основной причиной происшествий на водоемах явилось купание в необорудованных местах – 15 случаев, в том числе 3 – в состоянии алкогольного опьянения.

Оказывая помощь пострадавшему на воде, важно помнить, что утопления бывают двух видов – истинное и сухое. При истинном утоплении в первую очередь необходимо перевернуть человека на живот и положить его себе на колени – так воде будет проще выйти. Чтобы освободить от нее организм, необходимо вызвать рвотный рефлекс – надавить пострадавшему на корень языка. Если после этого он не подает признаков жизни, необходимо переходить к сердечно-легочной реанимации – непрямому массажу сердца и искусственному дыханию.

Когда речь идет о сухом утоплении, человек начинает тонуть из-за иных причин – например, вследствие сердечно-сосудистой катастрофы. Он теряет сознание прежде, чем успевает наглотаться воды. В таких случаях к реанимации приступают сразу же.

В краевом центре медицины катастроф проводят занятия, на которых всех желающих обучают навыкам оказания экстренной помощи. Обладать такими навыками необходимо каждому, поскольку от несчастных случаев никто не застрахован. А вовремя оказанная первая помощь в разы увеличивает возможность выжить пострадавшему.

Спасатели напоминают: чтобы отдых у воды не обернулся трагедией, нельзя отступать от правил.

Ирина Савина

Уход за кожей новорожденного



Кожа является самым большим органом человека.

Она обеспечивает постоянство и стабильность внутренней среды организма, выполняя целый ряд важных функций – барьерную, выделительную, сенсорную, терморегуляторную и иммунную. Этим обусловлено повышенное внимание врачей и родителей к тому, как помочь коже малыша работать правильно и эффективно.

Информации по данному вопросу в свободных источниках множество, однако зачастую рекомендации противоречивы.

Для того чтобы выстроить методику рационального ухода за кожей новорожденного, необходимо учитывать ее анатомо-физиологические особенности. Кожный покров начинает формироваться с четвертой недели внутриутробного развития. Несмотря на длительный путь морфогенеза, к моменту рождения кожа ребенка, если сравнивать ее с кожей взрослого человека, более тонкая, мягкая, имеет сниженную барьерную функцию, склонна к большей потере влаги.

Важен и уровень pH. Сразу после рождения кожа имеет нейтральную

или слабощелочную реакцию, но к концу первой недели показатель pH изменяется в кислую сторону. Такая перестройка достигается взаимодействием аминокислот, продуктов распада филаггрина, свободных жирных кислот, сульфата холестерина, а также молочной кислоты. Кислая среда оптимальна для поддержания нормальной микрофлоры, представленной непатогенными сапрофитами, которые контролируют и подавляют рост болезнетворных микроорганизмов. Напротив, продолжительная щелочная реакция эпидермиса может способствовать ро-

сту патогенных бактерий и дрожжевых грибов. Таким образом, одно из важнейших требований, которым должны отвечать средства для ухода за кожей новорожденного, – это обеспечение оптимальной кислотности поверхности кожи, а также бережное отношение к нормальной микрофлоре.

Одним из основных компонентов ежедневного ухода за кожей младенца является купание, выступающее важным элементом закаливания, гигиенического воспитания и установления психоэмоционального контакта с родными. У многих родителей возникают вопросы: каким способом и с какой регулярностью купать малыша, какие средства для этого использовать? Современная концепция отражена в клинических рекомендациях по оказанию базовой помощи новорожденному. Ребенка следует купать в теплой воде (36,5–37,5 градусов Цельсия) не менее 2–3 раз в неделю без добавления дезинфицирующих средств и настоев трав; не показано ежедневное использование шампуней. Допустимо использование для гигиенической ванны водопроводной воды при условии, что ее качество соответствует санитарно-эпидемиологическим стандартам. Купание только в воде по сравнению с купанием в воде с использованием детских моющих средств, по данным исследований, не показало отличий в степени микробной колонизации кожи и трансэпидермальной потери влаги у младенцев. Потовые железы новорожденного сформированы к моменту рождения, но активно не функционируют. Таким образом, нет необходимости в проведении интенсивных мер по очищению кожи. Кроме того, мыла имеют щелочную реакцию, сушат кожу, удаляют ее естественную защиту, способствуют развитию раздражения, эритемы, зуда. Рекомендуется использовать специальные синтетические моющие средства для детей, так как они имеют нейтральный или кислый pH, содержат эмульгаторы и защитные факторы, не нарушают естественный микробиом кожи, не содержат жестких детергентов – например, лаурилсульфат натрия (SLS). Вечерняя ванна улучшает сон, обеспечивает мягкую

тактильную стимуляцию, укрепляет эмоциональную связь малыша с родителями.

Говоря об уходе за кожей, необходимо упомянуть о рациональном ведении пуповинного остатка. Правила ухода за ним направлены на профилактику омфалита. В современном сообществе неонатологов и педиатров общепринятой стратегией является сухое ведение пуповинного остатка. Отпадение пуповины – это физиологический процесс, при котором пуповинный остаток высыхает и мумифицируется под воздействием воздуха, поэтому использование повязок и дополнительного подвязывания нецелесообразно. При этом для ухода не требуется создания стерильных условий. По данным клинических рекомендаций по оказанию базовой медицинской помощи новорожденному, не рекомендуется обрабатывать пуповинный остаток антисептиками. Доказано, что местное использование антисептиков не только не уменьшает частоту инфекций, но и способствует задержке спонтанного отпадения пуповинного остатка. Парадоксально актуален вопрос использования бриллиантового зеленого и перманганата калия в уходе за пуповинным остатком – данные назначения до сих пор можно встретить. Но между тем, если обратиться к официальным инструкциям для обоих препаратов, размещенным на сайте государственного реестра лекарственных средств, очевидно, что сам производитель среди показаний к применению не заявляет обработки пуповинного остатка или пупочной ранки. И еще один ключевой нюанс: нанесение красящих антисептиков не позволит адекватно оценивать изменения, происходящие в пупочной ранке, и таким образом можно пропустить воспаление.

Исключив неактуальные методики ухода за пуповинным остатком, остается помнить, что окончательная эпителизация пупочной ранки происходит в течение трех-четырех недель после рождения. До этого момента необходимо соблюдать методы асептики для снижения риска инфицирования: мыть руки перед уходом за культей пуповины и пупочной ранкой, предохранять их от загрязнений,

а также обращать внимание на внешний вид этой области для своевременной диагностики инфекционных и неинфекционных заболеваний пуповинного остатка и пупочной ранки.

Следует уделить внимание и деликатной зоне тела малыша – области под подгузником. Здесь кожа имеет определенные особенности. Более высокое значение pH, повышенная гидратация, раздражающее влияние аммиака мочи, протеазы и липазы стула, вместе с мацерацией и трением, способны повреждать роговой слой. Аммиак в местах повышенной концентрации изменяет реакцию среды на щелочную, тем самым трансформирует естественный микробный пейзаж и характеристики клеточного барьера. Высокое значение pH кожи в раннем неонатальном периоде служит предиктором развития пеленочного дерматита на протяжении всего первого месяца жизни.

Область подгузника следует содержать сухой и чистой. Кожу малыша после смены подгузника рекомендовано тщательно, но аккуратно очищать посредством подмывания с использованием нейтрального мыла. Перед надеванием нового подгузника следует высушить кожу на воздухе или промокнуть сухим полотенцем. Важным является соблюдение регулярного режима смены подгузника – это необходимо делать не реже одного раза в 3-4 часа. Разумеется, предпочтение следует отдавать подгузникам с воздухопроницаемым покрытием – такие представлены в большинстве современных линеек подгузников.

Правила ухода за кожей новорожденного довольно просты в исполнении и легко применимы в домашних условиях, они не требуют кипячения воды, выполнения трудоемких манипуляций, трат семейного бюджета на разнообразные линейки детских моющих средств. И эта простота способствует большей приверженности родителей к рациональному уходу за кожей их малыша.

Кристина Сергеевна Матвейчук,
ординатор 2-го года обучения
кафедры неонатологии и детской
анестезиологии АГМУ

Позвоночник в футляре



Болезнь Бехтерева, болезнь Штрюмпелля – Бехтерева – Мари, анкилозирующий спондилит (АС) – все это название одного заболевания, при котором воспаляются межпозвоночные суставы, а впоследствии возникает их анкилоз – неподвижность и сращение сочленяющихся костей. В конечном итоге движения в позвоночнике ограничиваются, их амплитуда уменьшается, и позвоночный столб становится неподвижным, превращаясь в одну сплошную кость. Без необходимого медицинского вмешательства пациент приобретает инвалидность. Как распознать ранние симптомы анкилозирующего спондилита и как сегодня способна помочь медицина при этом заболевании, расскажет заведующая ревматологическим отделением КГБУЗ «Городская больница № 4 имени Н. П. Гулла, г. Барнаул» Оксана Цюпа.



Медленный регресс

«Анкилозирующий спондилит – хроническое, постепенно прогрессирующее воспалительное заболевание позвоночника, которое у ряда больных может протекать одновременно с поражением энтезов (мест соединения сухожилия (связки) или суставной капсулы с костью) и периферических суставов, – поясняет Оксана Цюпа. – В нашем регионе проживает около 600

пациентов с данным установленным диагнозом. Конечно, это далеко не окончательная цифра. В настоящее время диагноз АС в среднем устанавливается на восьмом году заболевания».

Все дело – в запоздалой диагностике. В числе объективных причин ревматолог называет клиническое и возрастное разнообразие дебюта болезни, длительное отсутствие

достоверного сакроилеита, необходимого для постановки диагноза по модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984 г.), слабую выраженность и многообразие клинической симптоматики в начале болезни, особенно в детском возрасте, которая легко купируется НПВП, отсутствие патогномичных лабораторных признаков болезни, а также территориальную отдаленность ме-

ста проживания больных от диагностических центров.

Но есть и субъективные причины запоздалой диагностики. В их числе:

➤ недостаточная подготовка врачей первого контакта по выявлению пациентов со спондилоартритами – незнание особенностей болевого синдрома в спине при АС (воспалительная боль в спине);

➤ слабая информированность о возможных вариантах дебюта болезни, плохое знание рентгенодиагностики сакроилеита и других рентгенологических признаков заболевания;

➤ недостаточное знание клинической картины АС врачами других специальностей.

Также своевременной диагностике мешает довольно распространенное заблуждение, что это заболевание встречается только у мужчин.

Кроме того, существует неверие пациентов в результативность официальной медицины. «Анкилозирующий спондилит развивается в возрасте 15–40 лет, чаще в течение третьего десятилетия жизни, хотя нередко возникает и у детей. Считается, что в целом мужчины заболевают им примерно в 2,4 раза чаще, чем женщины. Известно также, что легкие варианты течения АС встречаются одинаково часто у мужчин и женщин, а тяжелые – чаще у мужчин (примерно в соотношении 1:10)», – отмечает Оксана Цюпа.

Распознать вовремя

Предотвратить заболевание проще, когда известны причины его возникновения. С болезнью Бехтерева не все так просто: в настоящее время они до конца не ясны. Специалист отмечает следующие предрасполагающие факторы для ее развития.

Первый – наследственность. В происхождении болезни большое значение придается генетической предрасположенности людей, то есть наличию определенных генов, а именно антигена HLA-B27. Он встречается у 90–95% больных АС, примерно у 20–30% их родственников первой степени родства и лишь у 7–8% в общей популяции. При данном процессе происходит агрессия иммунитета в отношении

На заметку

Основные симптомы болезни Бехтерева:

➤ скованность и боли в поясничной области с распространением в ягодицы, ноги;

➤ боль, как правило, усиливается во второй половине ночи;

➤ болезненность в пяточных костях, скованность в грудном отделе позвоночника.

При появлении одного или нескольких таких симптомов необходима консультация ревматолога.

костно-мышечной системы (неадекватный иммунный ответ). Иммунитет ошибочно и агрессивно воспринимает некоторые ткани организма как чужеродные и начинает их уничтожать.

Второй – в качестве пускового момента, способствующего развитию заболевания, может выступать **изменение в иммунном статусе**, вызванное переохлаждением, острым либо же хроническим инфекционным заболеванием.

Третий – травмы таза или позвоночника.

Четвертый – гормональные нарушения и воспаление. В качестве предположений выделяют гормональные нарушения, воспаления хронического характера в области мочеполовых органов и кишечника.

Пятый – инфекционно-аллергические заболевания.

«Болезнь подкрадывается незаметно, но есть несколько признаков-предвестников, появление которых должно насторожить человека. Это тугоподвижность позвоночного столба с утра, которая вскоре проходит (особенно после горячего душа). К ней добавляются слабость, сонливость и быстрая утомляемость, летучие (не локализующиеся в одном месте), невыраженные боли в области поясницы, а также боль в области крестца может появляться в состоянии покоя или утром, – рассказывает Оксана Цюпа. – При кашле, активном дыхании или чихании боль становится

сильнее (если задействованы реберно-позвоночные сочленения). Иногда человек отмечает дискомфорт, когда сидит на жесткой поверхности. Кроме того, уменьшается амплитуда движения головой, может меняться походка, появляется стойкая боль в области пяток, появляется ощущение сдавливания грудной клетки и нарастает боль в области тазобедренного сустава».

Все это знаки того, что пора обратиться к специалисту. Не стоит забывать о том, что АС может начинаться под маской ревматоидного артрита с болью в мелких суставах кистей и стоп, поражения сердца, а также нередко случаи, когда клинические проявления болезни Бехтерева начинают с глаз (не поддающееся лечению у окулиста воспаление глаз).

Когда движение – жизнь

«Анкилозирующий спондилит – потенциально тяжелое заболевание с разнообразными клиническими проявлениями. Оно требует мультидисциплинарного терапевтического подхода, который должен координировать ревматолог, – подчеркивает эксперт. – Терапия должна быть оптимальной и основываться на взаимопонимании врача и больного. Оптимальная терапия АС базируется на комбинации нефармакологических и фармакологических методов».

Лечение пациентов с АС всегда индивидуально. Назначая его, ревматолог исходит из имеющихся на момент осмотра клинических проявлений болезни (поражение осевого скелета, периферических суставов, энтезов и других органов и тканей), выраженности этих симптомов и наличия факторов неблагоприятного прогноза, а также общего клинического статуса (пол, возраст, коморбидность, проводимая терапия, психосоциальные факторы).

Среди нефармакологических методов лечения заболевания основное место занимают образование пациентов (школы больных) и регулярные физические упражнения (лечебная физкультура). «Больной должен за-

Продолжение на стр. 22 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 20-21»

ниматься ЛФК постоянно. Если она проводится в группах и под присмотром инструктора, ее эффективность несколько выше, чем при проведении в домашних условиях. Роль других нефармакологических методов лечения АС (физиотерапия, массаж, акупунктура и др.) не доказана, поэтому они не рекомендуются для повседневного клинического использования, – отмечает ревматолог. – Что касается занятий ЛФК, то при болезни Бехтерева они жизненно необходимы, поскольку только двигательная активность сохраняет объем движений в суставах и позвоночнике. Продолжительность и количество занятий определяются двигательным режимом в течение дня, недели, месяца, года. Утром необходимо обязательно выполнять утреннюю гигиеническую гимнастику. Это важнейший пункт ежедневного двигательного режима. Ночью, во время сна, более активно идут процессы воспаления и анкилозирования. Утреннее занятие устраняет скованность и восстанавливает объем движений. В течение дня необходимо несколько раз (2–4 раза) выполнять мини-занятия – «пятиминутки», а если приходится работать или находиться в неудобной или вынужденной позе, то проводить эти занятия следует через каждый час».

При воспалительных заболеваниях не обойтись без медикаментозных методов терапии. Аптечка человека с анкилозирующим спондилитом обязательно включает нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). «Это, пожалуй, единственное ревматическое заболевание, при котором длительный прием НПВП патогенетически обоснован и высокоэффективен. НПВП являются препаратами первой линии у таких пациентов, – говорит Оксана Цюпа. – Они должны быть назначены сразу после установления диагноза, независимо от стадии заболевания. У пациентов с персистирующей активностью АС терапия НПВП должна быть длительной. Непрерывный прием пре-

паратов замедляет прогрессирование болезни, в то время как прием «по требованию», то есть при болях, на прогрессирование практически не влияет. Но при назначении НПВП необходимо учитывать кардиоваскулярный риск, наличие желудочно-кишечных заболеваний и заболеваний почек».

Также для лечения болезни Бехтерева применяют базисные противовоспалительные препараты – их назначают не только при поражении аксиального скелета, но и при периферических артритах, энтезитах, дактилитах. Используют и группу генно-инженерных биологических препаратов.

К слову, недавно в России выпустили первую партию инновационного препарата от болезни Бехтерева. Лекарство стало результатом совместной работы ученых из РНИМУ им. Пирогова Минздрава России, Института биоорганической химии имени академиков Шемякина и Овчинникова РАН и российского «Биокада».

Сергей Лукьянов, один из разработчиков лекарства, отметил, что препарат помогает полностью остановить заболевание, он не подавляет иммунитет и не вызывает привыкания. По его словам, лекарства, существовавшие прежде, позволяли купировать воспаление, но болезнь продолжала прогрессировать.

В регионе работает отделение по Алтайскому краю и Республике Алтай Межрегиональной общественной благотворительной организации инвалидов «Общество взаимопомощи при болезни Бехтерева» и других ревматических заболеваниях, где пациенты могут получать всестороннюю помощь и поддержку.

Ирина Савина

Ежегодно в Алтайском крае рождается 10–15 детей с гидроцефалией. Наиболее подвержены этой патологии недоношенные дети. О том, почему важно доносить беременность и как лечат детей с гидроцефалией, рассказывает Олег Зуйков, главный внештатный специалист врач-неонатолог.



Факторы риска

– Чаще всего гидроцефалия присутствует у глубоко недоношенных детей. В результате перенесенного мозгового внутрижелудочкового кровоизлияния у них формируется окклюзионная гидроцефалия, которая требует хирургической коррекции. Фактор риска – рождение ребенка с экстремально низкой массой тела (менее 1000 граммов).

Также часть детей приобретают эту патологию на фоне перенесенных внутриутробно инфекций, но таких детей буквально единицы. Среди инфекционных заболеваний, которые могут приводить к развитию гидроцефалии у новорожденного, – менингоэнцефалит, перенесенный внутриутробно или сразу после рождения: при воспалении могут разрушаться определенные участки головного мозга и перекрываться пути оттока спинномозговой жидкости.

На поздних сроках беременности могут сыграть свою роль инфекци-

Водянка головного мозга



онные заболевания, перенесенные матерью, – вирусы герпеса, цитомегаловирус, описаны единичные случаи при новой коронавирусной инфекции, перенесенной в третьем триместре.

Преждевременные роды могут случиться у любой женщины, поэтому нельзя говорить о какой-то связи возникновения гидроцефалии у ребенка с образом жизни матери. Вредные привычки в целом влияют на состояние здоровья плода, про это тоже нужно помнить и от них отказываться. Недоношенность, преждевременные роды – одна из наиболее частых причин.

Врожденные опухоли как факторы развития гидроцефалии крайне редки.

У доношенных детей внутримозговые кровоизлияния встречаются крайне редко и уже расцениваются как вариант геморрагического инсульта. У них факторами риска служат травматичные роды, несоответствие размера головки размеру родовых путей, наследственные нарушения

системы гемостаза – имеющиеся у родителей повышенная кровоточивость или склонность к тромбообразованию.

Методы диагностики и лечения

– Если гидроцефалия доброкачественная (то есть при повышенной продукции спинномозговой жидкости не нарушен ее отток), может быть назначено консервативное лечение с помощью мочегонных препаратов и препаратов, снижающих продукцию ликвора.

Если произошла окклюзия, то есть нарушен отток ликвора, то производится нейрохирургическая коррекция. В крае такие операции пока не проводят, и пациентов направляют в Новосибирск или в Кемерово, там хирурги проводят им шунтирование. К месяцу жизни ребенка, как правило, становится ясно, произошло ли кровоизлияние, образовался ли сгусток, перекрывший отток спинномозговой жидкости. В возрасте 1 месяц ребе-

Справка «МиЗ»

Гидроцефалия – состояние, при котором в определенных участках головного мозга (в желудочках и ликворосодержащих пространствах) скапливается избыточное количество спинномозговой жидкости (ликвора). Спинномозговая жидкость в норме всегда присутствует внутри черепа и нужна для того, чтобы головной мозг был отделен от стенок черепа и позвоночного столба, выполняя функцию буфера. Также ликвор доставляет к мозгу питательные вещества, выводит некоторые продукты обмена, обладает защитными свойствами, транспортирует физиологически активные вещества.

Ликвор совершает определенный путь по четырем желудочкам головного мозга и в итоге поступает в субарахноидальное пространство, где всасывается. Важно, чтобы ничто не мешало ликвору проходить этот путь.

Шунт – трубка с клапаном, которая отводит ликвор к месту всасывания.

нок может быть перевезен в клинику другого региона для установки шунта. Чем раньше будет сделано разгрузочное шунтирование, тем лучше для головного мозга ребенка.

Патология выявляется при нейросоноскопии, которая проводится на третьи-пятые сутки жизни ребенка, потом ее проводят раз в семь дней. Во время процедуры смотрят размеры желудочков головного мозга, межполушарной щели. Ребенок на начальном этапе может даже не ощущать никакого дискомфорта, так как его череп, в отличие от черепа взрослого, из-за несросшихся костей может увеличиваться в размерах.

Продолжение на стр. 24 >>

«Продолжение. Начало на стр. 22-23»

Особенность шунтирования заключается в том, что шунт может забиваться, и тогда требуется его замена, то есть повторная операция. В определенных случаях может потребоваться замена шунта по мере роста ребенка.

Такие дети нуждаются в специализированном наблюдении, у них, как правило, наблюдаются различные неврологические заболевания. Проблема гидроцефалии и ее последствий кардинально не решается, а может быть только частично скомпенсирована. Успех лечения зависит от выраженности патологии, так как при небольшом кровоизлиянии повреждается небольшая часть мозга, а при большом – значительная.

Раньше, до появления методики шунтирования, такие дети просто погибали. Вплотную этой патологией стали заниматься лет десять назад.

Цифры и факты

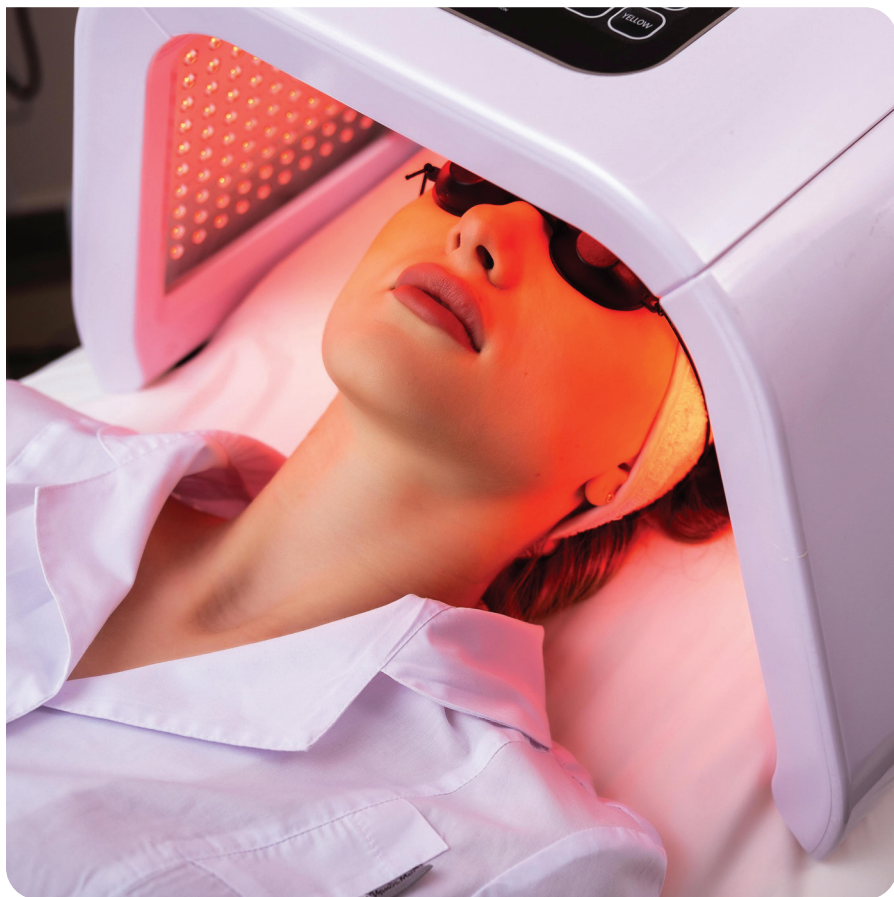
Г 10-15 мл ликвора в сутки в среднем синтезируется в организме. Если перекрыты пути его оттока, то у полуторакилограммового ребенка в желудочках будет ежедневно образовываться **15 мл жидкости дополнительно.**

Прием назначенных мочегонных препаратов снижает общий объем всей жидкости в организме и не может снизить точечно объем жидкости в одном конкретном органе, в том числе в головном мозге.

При доброкачественной гидроцефалии, когда пути оттока ликвора не перекрыты, по мере роста ребенка процессы выработки и отвода спинномозговой жидкости могут нормализоваться.

Подготовила Елена Клишина

Да будет свет



Фототерапию уже достаточно давно используют в медицине. Еще в прошлом веке новорожденных с желтухой укладывали под лампы с синим спектром излучения. Сегодня светотерапия вышла на принципиально новый уровень. LED-лучи используют в разных направлениях медицины, а светящиеся разными цветами маски стали бумом в косметологии и бьюти-индустрии. Как работает светотерапия и что нужно знать



желающим попробовать такую процедуру – разберемся вместе с д. м. н., заведующей кафедрой дерматовенерологии, косметологии и иммунологии АГМУ, врачом-дерматовенерологом высшей квалификационной категории Юлией Ковалевой.

Все цвета радуги

В переводе с английского аббревиатура LED расшифровывается как Light-Emitting Diode – диод, испускающий свет. «LED-терапия – светодиодная узкополосная физиотерапия. «Светодиодный метод лечения известен давно, но с конца 90-х годов прошлого века его начали активно изучать и постепенно применять в различных отраслях медицины, – говорит Юлия Ковалева. – Эта технология работает благодаря способности кожи поглощать свет и преобразовывать его энергию. Каждый из видов света влияет на клетки кожи по-своему, вызывая в ней различные реакции. LED-свет ускоряет восстановительные процессы и выработку коллагена, выравнивает тон и борется с бактериями. При этом кожа не испытывает стрессового воздействия, поскольку нет теплового излучения и нагрева тканей. Поэтому такие лучи света не вызывают фотостарения, в отличие от ультрафиолета. Процедура фототерапии длится, как правило, около часа и сама по себе комфортна».

По словам врача-дерматолога, методик LED-терапии достаточно много. В их основу заложено воздействие на кожу, в том числе на биологически активные точки кожи, световым излучением. Используют разные цвета и фильтры, поскольку каждый из видов света отличается не только своим цветом, но и длиной волны, а следовательно – своим назначением.

Красный свет – самый мощный. Как правило, его назначают для зрелой кожи – улучшения метаболизма и активизации кровообращения. Он значительно повышает способность кожи удерживать влагу и оказывает успокаивающее действие, а также уменьшает покраснения и воспаления. Красный свет прошел медицинскую аттестацию для лечения розацеа.

Синий свет – самый эффективный для борьбы с бактериями. Его часто используют при лечении кожи, склонной к акне и воспалительным высыпаниям. Лечение акне синим светом

помогает предотвратить обострение заболевания, может быть использовано в комбинации с другими методами терапии акне.

Зеленый свет снижает чувствительность и восстанавливает кожу. Идеально подходит для раздраженной кожи и помогает в ее регенерации. Он повышает ее иммунитет и ускоряет метаболизм. Его часто используют для лечения кожи с сосудистыми изменениями – куперозом.

Лучи **фиолетового света** осветляют пигментные пятна, повышают эластичность и тонус кожи, применяются для коррекции пигментации.

Желтый свет оказывает лимфодренажное действие, снимает отеки.

У **белого света** тонизирующий эффект. Он повышает тургор и эластичность кожи.

Красный, синий, голубой – выбери себе любой

Использование LED-лучей в дерматологии и косметологии обширно. Общими показаниями для LED-терапии являются снижение тургора кожи, пигментные пятна, акне и постакне, воспаления, необходимость усилить кровообращение и лимфоток, восстановить кожу после травматичных процедур, устранить рубцы, шелушение, укрепить сосудистую стенку – уменьшить проявления купероза и эритемы лица, снять отечность и лимфостаз. Разница в лечении будет зависеть от светофильтров и их сочетания. «Курс светотерапии составляет 10–15 процедур. Кратность использования – 1–2 раза в неделю. Сеансы светотерапии можно посещать в любое время года. Они не требуют ограничений в образе жизни, пребывании на солнце, а также отмены привычных уходовых процедур, и могут сочетаться с любыми методами в косметологии. Их общее влияние на организм заключается в мощном антистрессовом воздействии. Кроме того, они обладают местным дезинтоксикационным и антиоксидантным эффектом», – отмечает эксперт.

Противопоказаниями к фототерапии специалист называет онкологи-

ческие заболевания, острые инфекции, повышенную чувствительность к ультрафиолету, прием некоторых лекарственных препаратов, которые обладают фотосенсибилизирующим действием, ряд неврологических нарушений, а также период беременности.

LED-лучи применяют сегодня для коррекции эстетических несовершенств не только в медицинских клиниках и косметологических салонах, но и в домашних условиях при помощи специальных аппаратов. «Существует огромное количество девайсов, которые можно подключать к телефонам и проводить процедуры на дому. Но все же хочется обратить внимание на то, что если есть проблема, то важно подходить к ней разумно и проконсультироваться с профильным специалистом. Любое воздействие на организм должно быть по принципу «Не навреди!», – подчеркивает Юлия Ковалева. – Все же профессиональные устройства для светотерапии отличаются от приборов, которые продаются на маркетплейсах, и силой действия, и эффективностью. У них есть сертификаты и лицензии. Так, LED-маски сегодня переживают настоящий бум. Их еще называют «молодильными яблоками», но все же должны быть предпосылки к использованию таких аппаратов. Перед их применением важно учитывать показания и противопоказания».

Стоит отметить, что сфера применения LED-лучей вышла за пределы косметологии и дерматологии. Светотерапия обладает выраженным противоболевым действием, поэтому ее используют в травматологии – например, при растяжении связок и мышц. Пародонтологи применяют фотолучи для репарации слизистой и при заболеваниях полости рта. Кроме того, фототерапевтические методы эффективны в качестве реабилитации – для заживления ран на коже в послеоперационном периоде. Главное – чтобы лечением занимались профессионалы.

Ирина Савина

Взгляд изнутри

Медицинские технологии шагают вперед семимильными шагами. Сегодня благодаря им можно своевременно провести необходимые обследования и принять решение о дальнейшем лечении в кратчайшие сроки, чтобы не допустить запущенных форм заболеваний. Уже много лет гистероскопия является золотым стандартом в диагностике патологии полости матки. Что представляет собой эта процедура и какие вопросы в области женского здоровья можно решить с ее помощью – узнаем у заместителя главного врача по акушерству и гинекологии БСМП № 2, к. м. н., врача высшей квалификационной категории Елены Ершовой.



Информативно и малоинвазивно

Гистероскопия – один из малоинвазивных и высокоинформативных методов обследования в гинекологии. Никаких разрезов и даже мини-проколов на животе не требуется для его проведения. «Эта процедура позволяет заглянуть в полость матки с помощью гистероскопа – специального прибора, который представляет собой длинную тонкую трубку с оптическим волокном и осветительной системой. Гистероскоп вводят в полость матки через цервикальный канал, визуально оценивая состояние эндоцервикса и эндометрия», – поясняет Елена Ершова.

В каких случаях необходимо проведение гистероскопии? Если говорить о диагностической процедуре, то она нужна, когда есть потребность в визуальной оценке состояния полости матки и прицельного забора материала на гистологическое

исследование. Это необходимо пациентам на этапе прегравидарной подготовки с репродуктивными потерями в анамнезе, женщинам с субмукозной миомой матки с целью оценки типа роста узла, а также с эндометриозом.

Существует и лечебно-диагностическая гистероскопия, когда после визуальной оценки полости матки проводят выскабливание при гиперплазиях эндометрия, удаление

Гистероскопия – малоинвазивный метод диагностики и лечения патологии полости матки и цервикального канала. Он обладает максимальной информативностью и минимальным риском осложнений, а также не требует длительной подготовки и реабилитации.

полипов из полости матки и цервикального канала. Таким образом, методика позволяет установить правильный диагноз, а при необходимости провести небольшую операцию. Не так давно появилось новое направление – гистерорезектоскопия. Это обрудование позволяет удалять некоторые субмукозные миоматозные узлы, коагулировать основания полипов эндометрия, что значительно уменьшает риск рецидивов их появления.

Вмешательство без боли

Диагностическая гистероскопия с использованием современных тонких эндоскопов может быть проведена под местным обезболиванием. Манипуляционная гистероскопия – более длительная и болезненная процедура, которую проводят под внутривенным наркозом с участием врача-анестезиолога. Для этого необходимо дополнительное обследование.

В целом же процедура не требует особой подготовки. Если врач акушер-гинеколог принимает решение о необходимости проведения гистероскопии, то амбулаторно проводится лабораторное обследование, при необходимости – консультации других специалистов. После обследования определяется день проведения манипуляции и выдается направление. В зависимости от показаний и предполагаемого объема предстоящей манипуляции, состояния соматического здоровья женщины врач принимает решение провести эту процедуру в условиях дневного или круглосуточного стационара.

В результате проведения гистероскопии пациентка получает выписку с протоколом гистероскопического обследования и результатом гистологического исследования (если такой анализ был взят). Это исследование позволяет врачу установить окончательный диагноз и назначить оптимальное лечение.

Если инвазивные вмешательства все же имеют риск осложнений и требуют реабилитации на протяжении какого-то времени, то после диагностической гистероскопии женщина практически сразу может приступить к привычным делам.

Но все же даже к ней могут быть противопоказания. К ним относятся любые острые формы инфекционных заболеваний, обильное кровотечение, воспалительные заболевания половых органов, подозрение на беременность, а также некоторые заболевания шейки матки и тяжелая экстрагенитальная патология.

Ирина Савина

Заслуженные награды в честь Дня медицинского работника

Торжественная церемония прошла 14 июня, в преддверии Дня медицинского работника, в Государственной филармонии Алтайского края. Специалистов отрасли поздравили глава региона Виктор Томенко и председатель АКЗС Александр Романенко. Они поблагодарили медицинских работников за труд, преданность своему делу, за спасение жизни сотен тысяч людей.

В государственных медицинских учреждениях Алтайского края трудятся более 30 тысяч медицинских работников, почти 7 тысяч специалистов работают в негосударственных и федеральных клиниках. Это одно из самых многочисленных профессиональных сообществ в регионе.

«Не всегда получается удовлетворять ваши запросы и просьбы так быстро, как хотелось бы. Однако за последние несколько лет благодаря ежедневному диалогу мы заметно продвинулись вперед и в вопросе доступности медицинских услуг, и в их качестве, и в комфорте работы и для врачей, и для пациентов», – сказал губернатор.

Он отметил, что на уровне государства выработаны подходы, которые сегодня аккумулированы в государственные программы, федеральные проекты и национальный проект «Здравоохранение». Благодаря этому нацпроекту медицинские организации края сегодня обеспечены дорогостоящим высокотехнологичным оборудованием, построены новые лечебные учреждения, проводится переобучение специалистов.

Всего за последние пять лет в крае построили 103 объекта здравоохранения. Это ФАПы, врачебные амбулатории, Городская поликлиника № 14 в Барнауле. В этом году в крае планируют завершить строительство еще 28 ФАПов, фельдшерских пунктов и амбулаторий. Также продолжают строить крупные поликлиники в Алейске, Камне-на-Оби, Ребрихинском, Смоленском, Зональном районах.

На церемонии глава региона вручил награды представителям отрасли. Так, за многолетний добросовестный

труд и высокий профессионализм медалью «За заслуги в труде» награждены врач акушер-гинеколог Городской больницы № 8 города Барнаула **Валентин Поповцев**, медицинская сестра краевой клинической больницы **Лидия Фролова**.

Медицинская сестра Павловской ЦРБ **Елена Афанасьева**, врач-фтизиатр Шелаболихинской ЦРБ **Николай Неверов**, санитарка онкологического диспансера города Рубцовска **Елена Карташова**, врач-хирург Ребрихинской ЦРБ **Виктор Сливко** награждены Почетной грамотой Правительства Алтайского края за многолетний добросовестный труд и большой личный вклад в дело охраны здоровья населения.

Благодарностью губернатора Алтайского края поощрены заведующий отделением – врач клинической лабораторной диагностики Алтайского краевого клинического перинатального центра **Зураб Девнозашвили**, медицинская сестра ЦРБ Солтонского района **Мария Старикова**, врач аллерголог-иммунолог Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства города Барнаула **Наталья Тихонова**.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации звания «Отличник здравоохранения» удостоены заведующий отделением Городской больницы № 5 города Барнаула **Эдуард Боровиков**, заведующий отделением Рубцовской ЦРБ **Николай Онищенко**, врач консультативно-диагностического центра Алтайского края **Юрий Романовсков**, врач Городской больницы № 2 города Бийска **Павел Сбитнев**, заместитель главного врача ЦРБ города Бийска **Татьяна Седых**.

На празднике чествовали медицинских работников, победивших в краевом этапе Всероссийского конкурса врачей и специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Источник – altairegion22.ru

Фоторепортаж – на стр. 32 >>

По страницам жизни

11 июня 2024 года на 86-м году ушел из жизни ветеран АГМУ Юрий Ильич Савенков. Почти полвека он посвятил работе на кафедре госпитальной терапии и эндокринологии. Он стал одним из организаторов эндокринологической службы Алтайского края, а также инициатором организации эндокринологической службы Краевого диагностического центра. В течение многих лет был ответственным исполнителем по изучению патологии щитовидной железы в рамках программы «Семипалатинский полигон». Его имя навсегда вписано в историю развития медицины Алтайского края.

Биография мастера

Юрий Савенков родился 25 августа 1938 года в с. Дедилово Тульской области в семье служащих. В 1962 году окончил лечебный факультет Рязанского медицинского института. После этого работал хирургом и терапевтом, а потом решил продолжить образование и в 1970 году окончил аспирантуру во Всесоюзном институте эндокринологии и химии гормонов. Защитил кандидатскую диссертацию на тему «Состояние свертывающей системы крови и липидного обмена при гипотиреозе».

В наш регион его пригласил **Виталий Крюков** – один из основателей Алтайского государственного медицинского института. В итоге в его сте-



нах Юрий Ильич проработал с 1973 до 2021 года, будучи доцентом кафедры госпитальной и поликлинической терапии (в дальнейшем – госпитальной терапии и эндокринологии) в АГМИ/АГМУ.

Основными научными направлениями стали для него исследования таких заболеваний, как сахарный диабет, ожирение и патологии щитовидной железы.

Но не только медицина была его страстью. Со слов коллег Юрия Ильича, он серьезно увлекался моржеванием (зимним плаванием), а чуть позже – бегом. Ему уже было чуть больше 50 лет, когда он начал серьезно заниматься этим видом спорта. Успел за это время стать многократным чемпионом России, Европы и мира среди ветеранов по легкой атлетике. Юрий Савенков всегда ставил перед собой высокие цели. В Алтайском крае его неоднократно признавали лучшим спортсменом года среди ветеранов. Он любил говорить: «Я никогда не езжу на соревнования статистом». И медицине, и бегу он отдавался сполна.

Ирина Савина.

Фото предоставлены коллегами Ю.И. Савенкова



Цитаты доктора

- Если делать дело, то делать его качественно и правильно!
- Прежде надо стать сильным человеком, потом стать сильным бегуном.
- Дайте себе разумную физическую нагрузку каждый день, и нет лучшего лекарства...

Из первых уст

Надежда Новикова.
врач-эндокринолог:

– С Юрием Ильичом я познакомилась в августе 1980 года, когда пришла к нему на курс эндокринологии (его он создал в 1977 году на базе больницы работников текстильной промышленности в Барнауле; сейчас это городская больница № 5). В то время это был самостоятельный курс, приравненный к кафедре, и Юрий Ильич им заведовал. У него было два ассистента – **Любовь Титова** и **Анатолий Еремин**.

Когда я пришла, он был очень удивлен – до этого клинических ординаторов на курсе никогда не было. Я объяснила, что, работая практическим врачом (три года акушером-гинекологом и три года цеховым терапевтом), почувствовала пробел знаний в эндокринологических заболеваниях. Тогда декан лечебного факультета **Владимир Федоров** помог мне и подписал направление в ординатуру по эндокринологии. Ее изучение на курсе шло в углубленном формате – 10 дней на пятом курсе и 10 дней на шестом.

Я видела, как выстраивался рабочий график Юрия Ильича. Рано утром – рапорт со студентами и персоналом. Один раз в неделю – обход (пациенты называли его профессорским), затем разбор сложных пациентов, занятия со студентами. Он читал лекции на различных базах, тогда не было гаджетов, и приходилось между аудиториями перемещаться на общественном транспорте с наглядными пособиями – огромными плакатами под мышкой.

По субботам с утра Юрий Ильич консультировал больных: к нему направляли пациентов со всего Алтайского края, когда не могли самостоятельно разобраться с ди-



агнозом. Нужно было успеть до 15:00 – в это время начиналось кафедральное заседание.

Два раза в месяц он принимал у меня зачет. С литературой тогда было туго – в библиотеках и магазинах было крайне мало книг по эндокринологии. Юрий Ильич давал мне книги из своей личной библиотеки, и я делала рефераты по каждой теме. Мы с ним все обсуждали, он спрашивал с меня строго разбор клинических симптомов при избытке или недостатке тех или иных гормонов. Через день ходил со мной на обход по палатам, учил докладывать по сути вопроса. После мы разбирали неясных для меня пациентов, а также нюансы сложных случаев.

Когда пришла в ординатуру, под его руководством в отделении занимались разгрузочно-диетической терапией, или, проще говоря, лечебным голоданием. Большинство пациенток – женщины с чрезмерным ожирением и, как следствие, с бесплодием. После лечения у них восстанавливалась репродуктивная функция, они рожали детей. Поэтому можно с уверенностью сказать, что Юрий Ильич внес весомую лепту в улучшение демографии Алтайского края. Позже это направление перенесли на платную основу, что его сильно возмущало.

Наш учитель был очень строгим, иногда даже резким, но в то же время заботливым и внимательным. При этом в быту совершенно неприятным – мог прийти на работу в старенькой спортивной форме, но всегда поверх нее – белоснежный халат и накрахмаленный колпак.

В 80-х годах Юрий Ильич стал заниматься моржеванием. Затем занялся марафонским бегом и достиг в этом больших высот. Как результат – десятки золотых и серебряных медалей, звание чемпиона мира и

России в своей возрастной группе. Он даже на работу всегда добирался бегом – с улицы Молодежной через лес до больницы РТП. Бегом же поднимался на 7-й этаж. Ни разу за все время работы не воспользовался лифтом.

Еще он любил играть в шахматы. Его партнерами были хирурги и заведующий рентгенологическим отделением. Когда Юрию Ильичу срочно кто-то звонил, я знала, где его найти – за шахматной партией.

После окончания ординатуры без помощи Юрия Ильича я осталась работать в городском эндокринологическом отделении, где и была база курса эндокринологии. В 1993 году произошла реорганизация – присоединение к госпитальной терапии. Ассистенты уволились, Юрий Ильич остался один и начал искать сотрудников, пригласил меня. В качестве ассистента я проработала вместе с ним на кафедре 26 лет.

Он был очень образованным человеком – знал много цитат из произведений классиков и, глядя на нас, спрашивал, откуда она. Любил повторять фразу: «И кто мог подумать, что в скромном учителе скрывается грозный разбойник». Ее он использовал при разборе неясных пациентов и во многих других ситуациях. По словам сына, ее он произнес и в последний раз, находясь в приемном покое городской больницы № 1, куда он поступил.

Мне будет очень не хватать его мудрых советов. Я до сих пор вижу его в белом халате и накрахмаленном колпаке, с суровым и глубоким взглядом.

Мы потеряли гениального человека, мудрого учителя, замечательного, доброго, душевного врача, оказывающего помощь всем, кто обращался за ней. Память о нем навсегда останется в наших сердцах.

Правила поведения на воде



НЕ КУПАЙТЕСЬ В НЕЗНАКОМОМ МЕСТЕ,
ЕСЛИ ВЫ НЕ ЗНАЕТЕ ДНА



НА ВОДЕ НЕЛЬЗЯ ДАЖЕ В ШУТКУ ТОПИТЬ СВОИХ ПРЯТЕЛЕЙ,
НЕОЖИДАННО НАБРАСЫВАТЬСЯ НА НИХ,
ДЕРГАТЬ ЗА РУКИ И НОГИ, СТАЛКИВАТЬ В ВОДУ







ВХОЖДЕНИЕ И ПРЫЖКИ В ВОДУ В РАЗГОРЯЧЕННОМ СОСТОЯНИИ,
ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕПАДА ТЕМПЕРАТУРЫ, МОГУТ ПРИВЕСТИ
К СПАЗМАМ СОСУДОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА И СЕРДЦА.
НЕ ДОВОДИТЕ СЕБЯ ДО ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ



НЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ ПРИ КУПАНИИ
НЕ ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ ЭТОГО ПРЕДМЕТЫ
(ДОСКИ, НАДУВНЫЕ АВТОМОБИЛЬНЫЕ КАМЕРЫ И Т.Д.)

Дизайнер Алексей Шумилин

Помните!

-  При приближении катеров, моторных лодок, барж и иных судов следует проявлять особую осторожность: маленьких детей может захлестнуть волной, а тех, кто находится в воде, может затянуть под дно судна;
-  желательно купаться не раньше чем через 1,5–2 часа после обильного приема пищи;
-  попав в сильное течение, не плывите против него, а используйте, чтобы приблизиться к берегу;
-  к беде ведут споры на дальность заплыва и длительность пребывания под водой.



КРАЕВОЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ

656056, г. Барнаул, ул. Ползунова, 23, т. (3852) 666-750, www.medprofaltay.ru

Большое спасибо первому роддому! Благодаря лучшему врачу КГБУЗ «Родильный дом № 1, г. Барнаул» **Татьяне Александровне Бережной** и анестезиологу **Евгению Викторовичу Слободчикову** на свет появился наш малыш! Было экстренное кесарево сечение, мне объяснили, почему важно провести операцию, успокоили и поддержали. Очень грамотные специалисты, профи своего дела. Спасибо!

В реанимации была смена **Елены Петровны, Лизы и Анны**. Также хочу выразить отдельную благодарность и им – буквально выходили меня после операции. Подходили каждые 10–20 минут, узнавали о самочувствии. Имена остальных не запомнила, но уверенно скажу: лучший персонал работает здесь! Трепетное отношение к ребенку и роженице! Все очень вежливые. Сам роддом очень уютный, в палатах чисто. Кормят хорошо. Всем буду рекомендовать именно ваш роддом! Навсегда в сердце!

Дарья Романовна Груднева

Огромное спасибо врачу ЛФК КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер» **Е. И. Воранковой** и инструктору ЛФК **Н. А. Ерохиной**, а также медсестре **С. А. Прохоровой** за помощь в реабилитации при компрессионном переломе ребер. Грамотно назначили и провели занятия, своевременно диагностировали положительную динамику, и вот я снова в строю. Спасибо за ваш огромный труд, берегите себя, и всех вам благ.

Александр Евгеньевич Ядрышников

«Врачи – это такие люди, которые иногда дорисовывают на ладони линию жизни». **Илья Дмитриевич Бородин** из КГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 7, г. Барнаул» – врач от Бога, профессионал своего дела, человек с добрым сердцем, хирург с золотыми руками! Спасибо Вам!

Елена Владимировна Ерш

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

Говорю «Спасибо, доктор!» **Алексю Викторовичу Карпицкому**, терапевту КГБУЗ «Городская поликлиника № 1, г. Барнаул». Спасибо за Ваше отношение к пациентам! Не в первый раз попадаю к этому врачу с разными проблемами, он внимательно относится к проблеме и помогает. Всегда доброжелательный! Есть выражение «Доктор лечит словом». В случае с Алексеем Викторовичем – даже не только словом, но и человеческим отношением к пациентам, которое чувствуется с начала приема! Если бы все врачи относились к людям так, как относится Алексей Викторович, здравоохранение бы процветало! Спасибо Вам большое!

Алина Сергеевна Смирнова

Хочу поблагодарить врача-терапевта КГБУЗ «Городская поликлиника № 12, г. Барнаул» **Яну Александровну Матяш**. Некоторые врачи просто выписывают лекарства, но забывают сделать самое главное – помочь своим пациентам двигаться дальше и замотивировать их жить более качественной жизнью. А Вы делаете это! Отдельно хочу отметить отзывчивость и преданность своему делу медсестры **Татьяны Александровны Романовой**. Она всегда готова прийти на помощь в трудную минуту. Не раз по моей личной просьбе приходила ставить уколы, а также брать анализы на дому. Низкий Вам поклон.

Олег Алексеевич Ткаченко

Я и Нина Ивановна Шипилова (лежали вместе в палате) хотим выразить огромную благодарность коллективу отделения травмы кисти КГБУЗ «ККБСМП» за профессионализм, отзывчивость, человечность. Низкий поклон травматологу **Руслану Андреевичу Ошлакову**, операционной медсестре **Ирине Александровне Дедовой** и нашему анестезиологу (к сожалению, не знаю его имени и фамилии). Я порвала ахиллово сухожилие, а моя соседка по палате сломала руку в трех местах. Руслан Андреевич и Андрей Александрович проводили операции. Успокоили, сделали все четко и профессионально. На все вопросы я получила ответы, на все просьбы откликнулись сразу же. Перевязки Ирина Александровна делала аккуратно и внимательно. Весь коллектив, начиная от врачей, заканчивая санитарочками и буфетчицами, отзывчивый и ответственный. Огромное вам спасибо. Низкий поклон за ваш тяжелый труд.

Елизавета Андреевна Алферова

Сегодня много людей, которые могут пройти мимо, но мне всегда Бог дает только хороших! В этот раз мне пришлось обратиться к врачу КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск» **Марии Владимировне Семеновой**. Я не ожидала, что у нас в городе есть такие врачи, которые действительно помогают людям, спасают от ошибок платной медицины, с которой, к сожалению, пришлось сталкиваться из-за нехватки врачей в городской поликлинике! Благодаря профессиональной медицинской консультации от Марии Владимировны и правильной организации обследования я вовремя получила лечение и прооперирована в краевой больнице.

Сейчас все уже хорошо, спасибо, доктор! Желаю Вам успехов и карьерного роста, именно в таких людях нуждается наше министерство здравоохранения!

Виолетта Юрьевна Тиньгаева



Спасибо вам, люди в белых халатах!

Торжественная церемония прошла 14 июня, в преддверии Дня медицинского работника, в Государственной филармонии Алтайского края. Специалистов отрасли поздравили глава региона Виктор Томенко, председатель АКЗС Александр Романенко, министр здравоохранения АК Дмитрий Попов. Они поблагодарили медицинских работников за труд, преданность своему делу, за спасение жизни сотен тысяч людей. Информация и фото предоставлены пресс-службой Минздрава АК



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, pospeliha-mfkc.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: amitrip.ru, thesun.co.uk, ammiac.com, babycode.ru, logopedagogika.ru, kiddies-kingdom.com, hsmedia.ru, cloudfront.net,