

# Мы и ЗДОРОВЬЕ



№ 3 (741) 18 марта 2025 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



**С Международным  
женским днем!**

➤ Стр. 2-3

**Успеть за 48 часов**

➤ Стр. 8-10

**От эйфории до отчаяния**

➤ Стр. 16-18



**Дмитрий Попов**

Министр здравоохранения  
Алтайского края



### Милые, дорогие женщины!

Примите искренние поздравления с Международным женским днем!

Сложно представить медицину без волшебных улыбок, заботливых рук и добрых женских сердец.

Природа наделила женщин душевной нежностью, неиссякаемой энергией и беззаветной преданностью. Они бережно хранят традиции семьи, воспитывают детей, добиваются успехов в профессиональной и общественной деятельности, оставаясь при этом всегда обаятельными и красивыми. Женщины несут в мир радость, гармонию и спокойствие.

Желаю вам доброго здоровья, благополучия, многообещающих жизненных перспектив. Пусть каждой из вас улыбается удача, а во всех делах сопутствует успех.

Будьте любимы и счастливы!



**Виктор Томенко**

Губернатор Алтайского края



### Дорогие женщины Алтайского края!

Сердечно поздравляем вас с Международным женским днем! На всех континентах этот праздник является символом весны, красоты и любви. Восьмое марта – это прекрасная возможность выразить искреннее восхищение и благодарность нашим мамам и бабушкам, женам и сестрам, дочерям и коллегам – всем представительницам прекрасного пола.

Сердца мужчин наполнены самыми светлыми и добрыми чувствами к вам, хранительницам домашнего очага и продолжательницам рода. Вы создаете в своих семьях атмосферу тепла, уюта и гармонии. Спасибо за вашу материнскую любовь и поддержку, за воспитание детей и за вашу мудрость! Своим трудом, терпением и заботой вы вдохновляете мужчин на достижение самых высоких целей!

Женщины Алтайского края активны в профессиональной и общественной жизни. Вы наполняете мир добрыми делами. Именно женское движение взяло на себя важнейшую гуманитарную миссию по поддержке участников специальной военной операции. Спасибо вам за это!

Пусть этот день будет наполнен радостью, улыбками, приятными сюрпризами и вниманием близких. Желаем вам крепкого здоровья, счастья, любви, взаимопонимания и поддержки в семье. Пусть в ваших домах всегда царят мир, согласие и благополучие!

С праздником, дорогие, любимые женщины!



**Михаил Мурашко**

Министр здравоохранения  
Российской Федерации



### Дорогие женщины!

От всей души поздравляю вас с прекрасным весенним праздником – с Международным женским днем 8 марта!

В этот день мы поздравляем своих родных и близких женщин – мам, бабушек, сестер, жен, дочерей, всех, ради кого мы, мужчины, совершаем большие поступки. Спасибо вам за счастье быть рядом, за то, что вы вдохновляете на покорение новых вершин, не даете погрязнуть в серости будней, помогаете идти к заветным целям!

В системе здравоохранения традиционно много женщин, которые стоят на страже жизни и здоровья пациентов, отвечают за самые сложные вызовы, делятся знаниями и опытом. Более 70% врачей и почти 95% среднего медицинского персонала – именно женщины. Важно отметить, что вы в здравоохранении не только непосредственно оказываете медицинскую помощь, но и работаете на должностях, ответственных за принятие решений в сфере организации здравоохранения. В Министерстве здравоохранения РФ, в органах управления системы здравоохранения субъектов федерации большое количество женщин. Вы не только талантливые врачи, организаторы здравоохранения, но и верные друзья и заботливые матери.

Женщины являются вдохновением, ярким примером силы, мудрости и красоты. Особого внимания заслуживают женщины, которые в жизни сочетают реализацию собственных планов в большой многодетной семье и в медицинской специальности. Ваше стремление к достижению целей, умение мудро и элегантно решать сложные задачи, умение объединить семью или коллектив – все это делает мир лучше и ярче. Мы гордимся вами и стараемся беречь.

Пусть сбываются ваши надежды, мечты, пусть каждый ваш день будет озарен счастливой улыбкой, и в жизни не останется места для печали.

Желаю вам крепкого здоровья, любви, взаимопонимания и поддержки близких. Сияйте, вдохновляйте, любите, будьте любимыми.

Пусть взаимопонимание и согласие, спокойствие и радость всегда сопутствуют вам! Будьте здоровы!



## Результаты работы в крае по профилактике хронических неинфекционных заболеваний обсудили в АГМУ в рамках краевой конференции



На базе Алтайского государственного медицинского университета (АГМУ) в очно-заочном формате в рамках межсекторального взаимодействия состоялась масштабная научно-практическая конференция «Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Актуальные вопросы диспансеризации взрослого населения, диспансерного наблюдения».

Мероприятие торжественно открыли председатель комитета по здравоохранению АКЗС Владимир Лещенко, ректор АГМУ Ирина Шереметьева и заместитель председателя комитета по здравоохранению АКЗС Александр Лазарев.

Почетные гости отметили, что хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения не только РФ, но и Алтайского края. Это болезни, характеризующиеся продолжительным течением и являющиеся результатом воздействия комбинации генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов. К основным типам относятся болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания и сахарный диабет. О способах их диагностики, лечения и профилактики в рамках

конференции напомнили собравшимся эксперты алтайского здравоохранения.

В мероприятии приняли участие более 160 специалистов первичного звена здравоохранения: главные врачи, сотрудники отделений медицинской профилактики, участковые врачи-терапевты, фельдшеры ФАПов, врачи общей практики, заведующие терапевтическими отделениями.

Доклады представили руководитель Федерального Центра здоровья, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России по ЦФО Екатерина Иванова (онлайн), главный внештатный специалист по медицинской профилактике МЗ АК Татьяна Репкина, главный внештатный онколог МЗ АК Игорь Вишняков, главный внештатный кардиолог МЗ АК Анна Ефремушкина, главный внештатный эндокринолог Алла Вигель, заведующие отделениями Краевого Центра общественного здоровья и медицинской профилактики, Алтайского краевого онкологического диспансера, руководители Алтайского краевого наркологического диспансера, известные ученые АГМУ.

С докладом «Основные результаты работы по профилактике ХНИЗ в Алтайском крае за 2024 год» выступила главный внештатный специалист по медицинской профилактике региона,

главный врач КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики» Татьяна Репкина. По ее словам, в 2024 г. в ходе проведения диспансеризационной кампании впервые выявлено 71 939 случаев заболеваний. Первое ранговое место в структуре заняли болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (49,6%); на втором месте по частоте выявляемости – болезни системы кровообращения (20,8%); на третьем – болезни мочеполовой системы (7,8%). Удельный вес злокачественных новообразований в структуре впервые выявленных заболеваний составляет 1,8%.

Екатерина Иванова высоко оценила работу экспертов Центра общественного здоровья по профилактике ХНИЗ, отметив, что в этом году в РФ запущен новый национальный проект «Продолжительная и активная жизнь», задача которого – увеличить до 70% охват граждан профилактическими медицинскими осмотрами и до 14% – лиц, ведущих здоровый образ жизни, определила вектор индивидуальной профилактики.

Большое внимание на конференции также было уделено вопросам профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний.

Для участников работала выставка информационных материалов на профилактическую тематику.



## «Никто, кроме нас»

В октябре 2024 года директором АКГУП «Аптеки Алтая» была назначена Марина Годова. Представляя Марину Владимировну депутатам АКЗС, министр здравоохранения Алтайского края Дмитрий Попов подчеркнул, что она прошла профессиональный путь от самой первой ступени. Прошло почти полгода с момента назначения, и мы попросили Марину Владимировну рассказать о себе, о деятельности предприятия «Аптеки Алтая» и о том, что можно в ней улучшить.



### О себе

– Я родилась и выросла в Барнауле. Окончила Алтайский государственный медицинский университет по специальности «фармация». Потом мне предложили место в интернатуре при кафедре организации и экономики фармации. Мое первое рабочее место – за первым столом в аптеке\*

Алтайское краевое государственное унитарное предприятие

АПТЕКИ АЛТАЯ

Это был небольшой аптечный киоск в магазине «Горбатый» на проспекте Социалистическом. Мне нравилось там работать, я обожала своих покупателей, всех знала, много разговаривала с ними. Когда не было посетителя, изучала большой справочник Видаль, и когда люди приходили с неожиданными вопросами, могла их проконсультировать.

Потом была работа в оптовых компаниях, в одной из которых я получила опыт менеджера по сертификации, в другой – навыки работы с расчетом, планированием, системой заказа лекарственных препаратов, с оптовыми покупателями, с медицинскими представителями, институт которых появился в конце 1990-х годов.

Затем я работала в компании «Россиб Фармация», которая располагалась в этом же самом здании на улице Силикатной, 16а, где находятся «Аптеки Алтая». Первое время я принимала заявки от аптек по телефону или факсу. Затем у компании появилась необходимость ввести должность маркетолога – специалиста по ценообразованию, и меня отправили на учебу в Новосибирск, в головной офис. После обучения меня назначили на эту должность.

А потом настал 2005 год, когда в нашу жизнь пришла льгота – препараты для льготных категорий пациентов. Фактически в экономике фармацевтического рынка появились новые государственные деньги. До этого была только региональная льгота с доволь-

но скромными объемами бюджета. В 2005 году деньги, и достаточно большие, впервые выделил федеральный бюджет. Всю страну разделили между тремя дистрибьюторами, Сибирь и Дальний Восток достались компании «Роста». И мы начали в это погружаться – в первые дни никто ничего не знал, а людям уже объявили, что им положены льготные лекарства. Нужно было выстраивать цепочки поставок, взаимодействие с краевым тогда еще комитетом по здравоохранению и фармацевтической деятельности, с аптеками, в том числе с государственными. Нужно было понять, что везти, в каком количестве, не было никаких рекомендаций, все постигалось на практике. Кроме того, появились новые, сложные дорогостоящие препараты вроде факторов свертываемости крови, о которых мы тогда знать не знали, позднее присоединились препараты для терапии других редких нозологий, с этим всем мы учились работать. Специалисты по маркетингу оказались первыми, кто был задействован в организации поставок лекарственных препаратов в край. Появилась система заявок от медицинских учреждений. Было такое понятие, как референтная цена: если ты купил препарат дороже, это твои

\* Первый стол – рабочее место провизора, который общается непосредственно с покупателями.

Продолжение на стр. 6 >>

«Продолжение. Начало на стр. 5»

проблемы, государство возмещает только ту цену, которую оно заявило. К концу 2005 года меня назначили заместителем директора алтайского филиала по льготному обеспечению. В этой должности я проработала до 2011 года. Затем мне предложили стать коммерческим директором филиала, я стала отвечать в филиале за всю финансово-хозяйственную деятельность, не только за поставки и логистику по льготе.

Потом мне пришлось оставить свою любимую работу в Барнауле и переехать в Новосибирск, куда перевели по службе мужа. Я получила там другой важный опыт, работая в фармацевтической компании KRKA тендерным менеджером – как раз с бюджетными закупками. Мне было интересно поработать на стороне производителя лекарственных препаратов. Кроме того, я работала по всей Западной Сибири и перенимала опыт организации льготных поставок в других регионах. Потом меня пригласила к себе компания Sanofi, в которой я работала с госпитальным сегментом и с более серьезными, оригинальными препаратами. В то время я хорошо познакомилась с рынком инсулинов.

Когда мой супруг вышел на пенсию, мы вернулись в Барнаул. Мне предложили стать директором представительства компании «Р-Фарм» – крупнейшего российского производителя и дистрибьютора лекарств. Проработала я в этой должности семь с половиной лет.

## О вступлении в должность

– Весь мой предыдущий опыт – очень разносторонний, поэтому, когда я пришла в «Аптеки Алтай», много что было понятно сразу для меня, начать работу было легко. Даже тема собственного производства оказалась понятной: как это устроено, что для этого нужно.

Однако руководство стало для меня серьезным вызовом, так как предприятие большое и разноплановое, распределенное по всей террито-

рии края. Нужно все контролировать и понимать, что происходит в каждой точке. Новым для меня стала работа с представителями муниципальных образований, тесное взаимодействие с контролирующими органами, направленное на решение проблем конкретных пациентов.

Первая и главная задача предприятия – выполнение социальных функций. То, что невыгодно коммерческим аптекам, мы берем и делаем. Нашу розничную сеть нельзя назвать слишком прибыльной, практически половина аптек – убыточные. Но мы их сознательно содержим и будем содержать для решения социальных задач – обеспечения населения лекарственными препаратами, и не только льготными. Мы работаем с ФАПами, расположенными в отдаленных населенных пунктах, где нет других аптек. В планах – открывать новые точки, повышать доступность лекарственного обеспечения. Никто, кроме нас, это не сделает.

## О льготных препаратах

– Если с обеспечением льготными лекарствами возникают какие-то проблемы, это тут же вызывает общественный резонанс. С чем бывают связаны эти проблемы?

– Каждый случай нужно рассматривать отдельно. Система льготного обеспечения очень сложная и зависит от множества факторов. До того момента, как льготник получает по рецепту определенный препарат, проводится колоссальная работа. Врач, который его наблюдает, должен разместить в системе заявку. Мы должны принять эти заявки от каждого учреждения со всего края по каждому препарату. Попасть в 100% потребности невозможно. Течение болезни пациента может измениться, и ему потребуются другие препараты или в другом количестве, количество льготников может увеличиваться. Мы должны проанализировать собранную информацию и подать заявку в министерство здравоохранения. Затем проводятся конкурсные торги – эта процедура длительная и весьма за-

регулированная, они могут состояться не с первого раза. Допустим, торги состоялись, заключены контракты, мы как логисты ждем, когда препараты привезут на склад. Поставщики тоже все разные: кто-то привозит препараты в срок и без проблем, кто-то – с пересортицей, неверно оформленными документами. Годовые заявки от больниц на льготные препараты обычно собираются к середине года, а торги проходят постоянно: одно купили – закупается другое, этот процесс бесконечный.

Мы научились быстро принимать препараты, сейчас ведь нужно вручную отсканировать каждую коробочку. В феврале 156 тысяч упаковок сахароснижающего препарата сотрудники отдела приемки (четыре человека) приняли за один рабочий день, я горжусь ими. Это наш рекорд.

Препарат очень востребованный, и все очень старались. Затем сотрудникам склада нужно было быстро сформировать заказы для аптек и всем развезти. Когда препарат доставлен в аптеку, его нужно выдать, но иногда бывает, что рабочих рук в конкретной аптеке не хватает. Выручают провизоры, которые работают здесь, на базе, мы обучили шестерых человек работать в льготной программе и отправляем на помощь в наши аптеки, чтобы выдать льготные препараты. В аптеке № 288 организовали еще одно компьютеризированное рабочее место. В поликлинике № 14 добились, чтобы нам выделили дополнительное помещение для хранения препаратов. В планах – открывать новые точки льготной выдачи в городах и районах. В старом здании поликлиники № 14 на месте регистратуры уже начат ремонт под помещение аптеки, ищем, где открыть еще один пункт для обслуживания жителей Ленинского района. Есть планы относительно Смоленской ЦРБ,

Алейской фармации. В прошлом году присоединили Михайловскую фармацию, Тальменскую, Солонешенскую. В планах зайти во все районы края.

Любое наше развитие – только за счет того, что мы сами заработаем. И оно недешево стоит. К примеру, в прошлом году простой перенос аптеки из столетнего деревянного здания с печным отоплением в здание ЦРБ обошелся нам более чем в 1 млн рублей. Сейчас стоит задача наладить льготную выдачу в каждом районе. Хотелось бы расширять производство – например, восстановить производственную аптеку в Бийске. Но, как показывает практика, найти помещение даже проще, чем найти специалистов.

## О производстве

В 2023 году было возобновлено производство медицинских препаратов в аптеке № 288 на ул. Малахова в Барнауле. Есть небольшие производства в Рубцовске и Завьялово. Производственный отдел «Аптек Алтай» выпускает 550 наименований препаратов, часть из них делают по индивидуальному заказу, а некоторые (про-таргол, антигриппин) есть в свободной продаже в аптеках предприятия.

– Для того чтобы расширять производство, нам нужны кадры. Но с этим есть проблема, потому что таких специалистов нужно заранее готовить для себя. Мы вкладываемся в целевые договоры, но вопрос в том, чтобы найти людей, готовых заниматься именно производством препаратов. Это инте-

ресный, но очень узкий, специфичный вид деятельности. Нужна молодежь, готовая учиться сразу «под производство». Есть договоренности с Барнаульским базовым медицинским колледжем о подготовке программы для обучения будущих производственников, и они сейчас этим занимаются. Наша производственная аптека выступает как база для прохождения практики студентов медуниверситета.

У препаратов, которые производят в аптеке, есть ряд преимуществ. Во-первых, их делают для конкретного пациента – это индивидуальная дозировка и фасовка. Во-вторых, отсутствие консервантов, стабилизаторов и прочего. Срок годности из-за этого меньше, но в вашу лекарственную форму положат только то, что составляет основу препарата. Снижается риск аллергических реакций, побочных явлений. В-третьих, в цену препарата не заложены расходы на маркетинг и продвижение, только на сырье и оплату труда провизора.

## О профессии

– Опыт, который специалисты получают в наших аптеках, нельзя получить в других. С льготой работаем в основном только мы, с наркотическими средствами – только мы, производство есть только у единичных предприятий. Есть возможность работать с дорогостоящими, высокотехнологичными препаратами, которые попадают в регион только по льготе. У наших сотрудников более высокая квалификация, они больше знают и умеют.

С другой стороны, в нашей профессии всегда есть эмоциональная отдача, когда ты понимаешь, что чем-то реально помог человеку. Возможно, ты своими действиями спасаешь ему жизнь. Когда я работала в «Р-Фарм», был такой случай. Пятница, 30 декабря, мне звонят из аптеки краевой больницы: «У нас погибает пациент, нужен редкий препарат, который есть только на складе вашей компании в Москве». Я звоню своему руководителю, и мы решаем, как привезти этот антибиотик, как это вообще можно сделать в короткий срок. Мы отправили самолетом курьера в канун Нового

## На заметку

### Направления деятельности:

- собственная розничная сеть,
- собственное производство,
- обеспечение льготными препаратами,
- поставки препаратов и медицинских изделий в лечебные учреждения,
- поставка дорогостоящих и редких препаратов под заказ.

года – конечно, доставка обошлась дороже, чем стоил сам препарат. Я не знаю, кем был этот пациент, но он был спасен.

## Как убрать очереди

– Хотелось бы сделать что-то вроде системы прикрепления к аптекам, по аналогии с прикреплением к поликлиникам. Нам важно знать, куда человек пойдет за льготным препаратом. Это новая тема, над которой работаем. Она поможет распределить потоки получателей и эффективно организовать логистику льготных препаратов в аптеки. Теоретически при выписке электронного рецепта врач может отмечать в программе, в какой именно аптеке удобнее забирать препарат, когда пациент готов забрать его – сегодня, завтра или через пару дней. Мы анализировали: более 40% льготников приходят в аптеку на следующий день или позже. Для нас это возможность собрать для них пакеты и выдать без ожидания. Но мы должны быть уверены в двух вещах: в том, что человек готов подождать, и что он придет за лекарствами в конкретную аптеку. Пилотным учреждением этого проекта готова стать поликлиника № 14. Мы пишем техзадание для разработчика и в марте будем эти нововведения пробовать. Уже выделили группу пациентов, которым выдается сразу несколько препаратов, много упаковок.

Елена Клишина.  
Фото предоставлено пресс-службой АКГУП «Аптеки Алтай»

## Цифры и факты

430 человек  
трудятся в сети  
«Аптек Алтай» по всему краю.

137 точек:  
57 аптек  
и 80 аптечных пунктов  
в 49 муниципальных образованиях.

## Успеть за 48 часов

Еще десятилетие назад возрастных пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости оперировали гораздо реже, чем в настоящее время. У таких пациентов всегда высокий риск развития гипостатических осложнений – пролежней, пневмоний, тромбозов. Все это нередко приводило к летальным исходам. Сегодня ситуация в корне изменилась. В течение двух суток после травмы возрастных пациентов оперируют, и они довольно быстро возвращаются к привычному для них образу жизни. Об особенностях работы с такими пациентами расскажет врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории ККБСМП Евгения Попова.

### Помощь без промедления

– Возраст пациентов с травмой проксимального (расположенно-го ближе к центру тела. – Прим. ред.) отдела бедренной кости преимущественно превышает 60 лет. Как правило, у пожилых людей уже присут-



ствуют сопутствующие заболевания. Нередко прежде, чем прооперировать пациента такой возрастной категории, врачи корректируют сопутствующую патологию. «Декомпенсация сопутствующих заболеваний приводит к ухудшению состояния и нередко является причиной травмы. Чаще всего это сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность, инфаркты и инсульты в анамнезе), сахарный диабет, а также заболевания нервной системы и опорно-двигательного аппарата, – поясняет Евгения Попова. – Все это накладывает отпечаток и на выбор метода анестезии, и на постоперационное состояние пациента. Поэтому важно своевременно стабилизировать перелом и прооперировать пациента».

Именно с этой целью в 2023 году в Алтайском крае была введена программа по синтезу переломов проксимального отдела бедренной кости в течение первых 48 часов. Она подразумевает маршрутизацию пациентов с высокими переломами бедра со всего региона в круглосуточные травматологические стационары краевой

столицы и стабилизацию переломов такого типа в первые двое суток от момента травмы. Только в прошлом году в травматологическом отделении № 1 ККБСМП выполнено более 700 операций по стабилизации таких переломов. Причем самому возрастному пациенту было 99 лет. «При поступлении в наш стационар пациент проходит все необходимые обследования для экстренного оперативного вмешательства в течение нескольких часов – от ЭКГ до дуплекса вен нижних конечностей. Затем его осматри-

### Цифры и факты

Только за 2024 год в Краевую клиническую больницу скорой медицинской помощи поступило более **900** пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости со всего Алтайского края.

вает анестезиолог и определяет тактику дальнейшего ведения пациента. После оценки показателей пациента решается вопрос о проведении операции. К сожалению, иногда оперативное вмешательство в первые 48 часов невозможно вследствие декомпенсации по сопутствующей патологии. В таких случаях требуется лечение в условиях палаты интенсивной терапии, где пациентов курирует врач анестезиолог-реаниматолог. Также бывают случаи перевода в специализированные отделения (например, кардиологическое), а иногда и в отделение анестезиологии и реанимации. После стабилизации состояния пациентов им проводится синтез перелома с последующей активизацией», – говорит Евгения Попова.

Но крайне важно успеть прооперировать именно в первые двое суток – пока пациенты, принимающие терапию по сопутствующим заболеваниям, скомпенсированы.

«Если затянуть с оперативной помощью, начинаются так называемые гипостатические осложнения, связанные с малоподвижностью. Нарушения микроциркуляции и трофики влекут за собой развитие пролежней, пневмоний, а также тромбозов глубоких вен. Именно поэтому необходимо быстро обследовать пациента, подготовить и прооперировать его. Чтобы на следующий день он уже мог сидеть в кровати. Быстрая активизация существенно улучшает качество жизни, что для возрастных пациентов крайне важно», – поясняет врач анестезиолог-реаниматолог.

### Особая миссия анестезиологов

Чаще всего возрастными пациентами декомпенсированы или субкомпенсированы (частично нарушен компенсаторный механизм. – Прим. ред.) по сопутствующей патологии и не получали должной терапии и диагностики до получения травмы и госпитализации в стационар. Самое сложное в этом процессе – понять, чем обусловлена тяжесть состояния пациента. Задача врача анестезиолога-реаниматолога перед оперативным вмешательством заключается в коррекции сопутствующей патологии при необходимости и в выборе метода анестезиологического пособия. «В операционной мы сначала проводим анестезиологическое пособие (комплекс мероприятий, который направлен на коррекцию жизненно важных процессов организма при проведении хирургического вмешательства и инвазивных процедур. – Прим. ред.), а потом в течение всей операции – интенсивную терапию (перелом бедренной кости всегда сопровождается кровопотерей) и мониторинг жизненно важных функций пациента, – говорит Евгения Попова. – В течение всей операции мы находимся рядом с пациентом, чтобы при необходимости скорректировать интенсивную терапию и своевременно восполнить кровопотерю. При переломах проксимального отдела бедренной кости объем и выбор оперативного лечения зависят от состояния пациента и характера травмы. При повреждении шейки бедренной кости проводится эндопротезирование тазобедренного сустава. При подвертельном и чрезвертельном переломах бедренной кости выполняется малоинвазивный интрамедуллярный металлоостеосинтез (введение в костномозговой канал каждого из отломков кости специальных устройств – стержней, штифтов. – Прим. ред.). Все эти методы направлены на стабилизацию пере-

лома и скорейшую активизацию пациента».

После операции пациентов со стабильными витальными (жизненными) функциями переводят в палату интенсивной терапии, и анестезиологи-реаниматологи курируют их в течение дня.

Стоит отметить, что для проведения такого типа оперативных вмешательств в 98% случаев применяют спинномозговую анестезию.

Спинномозговая анестезия подразумевает пункцию в области поясничного отдела и введение анестетика, что обеспечивает временное выключение проводящих

функций спинного мозга. Это дает возможность добиться адекватной анестезии и длительной анальгезии (уменьшения болевой чувствительности). Главное преимущество такой анестезии заключается в щадящих свойствах и отсутствии системного воздействия на организм. «Для пожилых пациентов крайне важно, что нет угнетения дыхания и сознания, нет постоперационной тошноты и рвоты, возможен быстрый возврат к приему жидкости и пищи», – отмечает врач анестезиолог-реаниматолог.

Своевременное оперативное лечение для возрастных пациентов – настоящее спасение. Синтез переломов в первые 48 часов после травмы способствует ранней активизации пациентов. «Это позволяет избежать декомпенсации сопутствующих заболеваний и развития гипостатических осложнений: пролежней с развитием инфекции мягких тканей, пневмонии с развитием дыхательной недостаточности, тромбозов глубоких вен с развитием тромбозомболии легочной артерии, – подчеркивает Евгения Попова. – Если не провести оперативное



Продолжение на стр. 10 >>

«Продолжение. Начало на стр. 8-9



вмешательство и дать перелому срачиваться естественным путем, то этот процесс может затянуться до полугода. За это время пациент не сможет двигаться вследствие выраженного болевого синдрома. Чем дольше он лежал, тем сложнее ему будет сесть. Кроме того, перелом может перфорировать (повредить) мягкие ткани, сосуды и нервы. Поэтому нужно его стабилизировать максимально быстро».

В больнице скорой медицинской помощи с такими пациентами занимаются реабилитологи, помогая активизировать их в кратчайшие сроки. В течение недели больных уже выписывают. Но очень многое зависит от состояния и поведения самих пациентов: если у них дефицит мышечной массы, присутствуют лишние килограммы, то после длительного малоподвижного периода активизироваться им будет гораздо сложнее.

Стоит отметить, что чаще всего переломам проксимального отдела бедра подвержены женщины, так как с возрастом гормональный фон меняется, и вместе с этим растет риск развития остеопороза и заболеваний, связанных с сердечно-сосудистой системой. Для того чтобы свести к минимуму возможные риски перелома бедренной кости, врач рекомендует своевременно профилировать, выявлять и лечить сопутствующие заболевания, а также вести активный образ жизни и проявлять в быту разумную осторожность.

Ирина Савина.  
Фото предоставлено  
пресс-центром ККБСМП

## Библиотерапия, или Книги и пациенты



В марте есть несколько дат, посвященных книгам и чтению. Это и Всемирный день писателя (3 марта), и День православной книги (14 марта), и Всемирный день поэзии (21 марта), а последняя неделя месяца ежегодно проводится как Неделя детской книги. Чтение помогает скрашивать дни, проведенные в больнице, позитивно влияет на настроение и самочувствие пациента, поэтому в некоторых медицинских организациях края есть свои библиотеки или книжные шкафы. Есть даже проекты, направленные на популяризацию этого полезного досуга среди пациентов.

### Проект «Домашняя библиотека»

Летом 2024 года в барнаульской детской больнице № 7 появилась «Домашняя библиотека». Этот благотворительный проект придумал и

организовал **Иван Фомин**, в то время заместитель руководителя Центра управления регионом (ЦУР) в Алтайском крае. Цель проекта – установка новых книжных шкафов с интересными книгами в больницах и других социальных учреждениях, в которых

### В тему

#### Чтение – занятие, полезное для здоровья, и эта польза выражается в следующем:

- > если говорить о детях, то это улучшение словарного запаса, расширение кругозора и развитие воображения;
- > для взрослых чтение – способ избавиться от ежедневного стресса. Спокойное чтение в конце рабочего дня помогает отвлечься от проблем и расслабиться;
- > чтение – прекрасная тренировка памяти и мышления. Читатель более уверен в себе, коммуникабелен и успешен в работе и повседневной жизни;
- > чтение защищает от болезни Альцгеймера и деменции. В основе профилактики этих бо-

лезней лежит так называемый когнитивный резерв. Его можно пополнить новыми навыками и знаниями, в том числе при помощи книг. Для этого не подходят журналы и блоги, лучше читать художественную литературу. Длинные фразы способствуют концентрации внимания;

- > психологи считают, что чтение художественной литературы делает нас богаче в эмоциональном плане, учит сочувствию и пониманию других людей в реальной жизни;
- > чтение помогает бороться с бессонницей. Тем, кто испытывает проблемы с засыпанием,

рекомендуют ввести перед сном небольшой расслабляющий ритуал. Таким ритуалом может стать чтение;

- > чтение помогает при депрессии. К такому выводу пришла группа ученых из 15 университетов Великобритании, Швеции, Нидерландов, Австралии и Тайваня;
- > ученые Йельского университета провели исследование, которое показало, что люди, читающие книги, живут почти на два года дольше, чем люди, которые вообще не читают, – такие данные приводит НИИЦ терапии и профилактической медицины.

люди находятся продолжительное время.

Основу «Домашней библиотеки» составляют произведения авторов, которыми сам Иван зачитывался в детстве и юности. Считает, что они сформировали его как личность. Среди этих книг – к примеру, повести Алексея Мусатова для детей и подростков «Стожары», «Большая весна», «Земля молодая», «Клава Назарова», книги Сергея Белоусова из серии «Приключения Печенюшкина». В этом же списке – «Три куля черных сухарей» Михаила Колосова о детях Донбасса в 30-е годы прошлого века, «Книга о разведчиках» нашего земляка Георгия Егорова, а также «Семь дней чудес» Анатолия Мошковского, «Тень Каравеллы» Владислава Крапивина, «Сто лет тому вперед» Кира Булычева и другие.

Годы спустя Иван Фомин нашел и купил эти книги в «Лавке букиниста» и на одном из маркетплейсов, а книги серии «Детский детектив» передали из барнаульских библиотек. Для самых маленьких читателей отыскали сборники сказок.

Книжные шкафы в этой больнице стоят на первом этаже педиатрического корпуса (рядом с приемным

отделением и залом свиданий) и в детском хирургическом отделении. Наполнить их книгами помогли и сотрудники учреждения, и неравнодушные барнаульцы. Приносят обычно со словами: «Дети выросли, а книги остались».

– У нас большая библиотека, мы с внучкой все прочитали. И захотелось кому-то помочь. Открыла 2ГИС, позвонила в больницу и предложила книги в хорошем состоянии. Рада, что этот

предновогодний подарок с удовольствием приняли, – рассказала **Любовь Симукова**.

Несколько десятков детских книжек передала в дар **Дарья Амайиной**. Она рассказала:

– Организация, в которой я работаю, оказывала благотворительную помощь детской больнице № 7. Так я узнала, что в ней есть проект «Домашняя библиотека». Рассказала коллегам и родственникам – и вот собрали кни-



– В детстве и юности я много времени проводил в больницах. Знаю, как мучительно долго тянется время между процедурами и до самого момента выписки. Погружение в сюжет любимой книги позволяет отвлечься от переживаний и помогает скоротать время. Я всегда любил перечитывать одни и те же книги, а всю домашнюю библиотеку с собой не привезешь.

Поэтому я понял, что хочу подарить такую домашнюю библиотеку людям, которые в настоящее время проходят лечение в одной из больниц Барнаула. Источник финансирования – мои личные сбережения. В общем-то, один такой шкаф не стоит каких-то астрономических сумм. Все реально, нужно только взять и сделать! – поделился Иван Борисович Фомин.

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 10-11»

ги. Я сама люблю читать, не так давно тоже лежала в больнице, где был такой книжный шкаф. Очень обрадовалась! Приятно делиться книгами и думать, что кто-то еще их прочтет: они как будто обретают вторую жизнь.

– Читаю новости в пабликах детской больницы. Из них и узнала о книжном проекте. Решила тоже принять участие и порадовать пациентов. Когда-то и я с ребенком достаточно длительное время лежала в ДГКБ №7. Тогда, к сожалению, этого проекта не было. А провести время за чтением книги – очень полезный досуг, – рассказала **Любовь Дуда**.

В рамках проекта «Домашняя библиотека» книжный шкаф был подарен и детской городской больнице Бийска – он появился осенью прошлого года. Шкаф стоит в корпусе круглосуточного стационара. Рядом с ним – стол и стулья, значит, можно присесть и почитать. В феврале благодотворители пополнили содержимое книжных полок, сейчас на них около 180 книг – в основном сказки, стихи и рассказы для детей. Чаще всего к шкафу приходят дети четырех – семи лет, которые лежат вместе с мамами.

Книжный шкаф и большую посылку с книгами Ивану Фомину удалось передать и в ЦРБ Славяносербского района Луганской области.

Свой вклад в формирование «Домашней библиотеки» внесли отец инициатора проекта **Борис Фомин**, коллеги Ивана по работе в ЦУР, владелец букинистического магазина «Лавка букиниста» **Евгений Хан**, писатель **Евгения Чернова-Гармс**, сотрудники муниципальных городских библиотек и другие люди.

## Книги для мам

В краевом перинатальном центре «Дар» тоже есть библиотека для пациентов, и недавно для нее было передано более 80 книг в рамках акции к Дню книгодарения «Дарите книги с любовью». В основном подаренные книги – это художественная литература, принесенная сотрудниками центра и пациентками. Книги предназначены

для женщин, которые находятся в отделениях патологии беременности, а также для мам, чьи малыши проходят реабилитацию в неонатологическом стационаре.

Особое место в этой библиотеке занимают книги по вопросам материнства, а также по педиатрии, психологии и акушерству.

Они были переданы женщинами, успешно прошедшими через роды в перинатальном центре «Дар». Каждая из них оставила последующим роженицам теплые пожелания, поддерживая атмосферу заботы и взаимопомощи. Организатором сбора книг выступила доула **Виктория Козлова**, которая активно участвует в сопровождении родов в центре «Дар» и проводит образовательные мероприятия для будущих мам по подготовке к рождению ребенка.

## Уносят домой

Книжные шкафы есть и в бийском подразделении Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю. К. Эрдмана. Они находятся в детском и женском общепсихиатрическом отделениях. По словам старшей медсестры структурного подразделения **Татьяны Абрамовой**, к этим книжным полкам часто подходят пациенты. Большим спросом пользуются романы, а также журналы. Пополняют эту небольшую библиотеку в основном сотрудники учреждения, а книги нередко убывают – пациенты спрашивают, могут ли они забрать книгу домой.

**Елена Клишина.**  
Фото предоставлено пресс-службами барнаульской детской городской больницы № 7 и АККПБ им. Ю. К. Эрдмана

В этом году в России стартовали стратегически важные национальные проекты – «Семья» и «Продолжительная и активная жизнь». В их основу заложена забота о здоровье. Рождение детей, как и активное долголетие, невозможны без крепкого фундамента организма, о котором необходимо заботиться на протяжении всей жизни. Репродуктивное здоровье напрямую зависит от здоровья соматического. Что необходимо для рождения здорового поколения и какая сегодня складывается картина в нашем регионе – узнаем у главного внештатного специалиста по гинекологии Министерства здравоохранения Алтайского края, главного врача перинатального центра «Дар» **Ирины Молчановой**.



# Выбираем путь жизни



## Помощь на всех уровнях

По официальным данным, в стране средний возраст для рождения первого ребенка составляет 28–29 лет. В Алтайском крае – 26 лет, но половой дебют происходит, конечно, раньше. И уже с того момента важно осознанно относиться к своему здоровью, чтобы ко времени, когда женщина задумается о беременности, не возникло проблем. «Репродуктивное здоровье – довольно широкое понятие. Прежде всего, это возможность женщины осуществить свои репродуктивные планы – не только забеременеть, выносить и родить здорового ребенка, но и сохранить свою жизнь и здоровье. Поэтому оно не ограничивается заболеваниями непосредственно репродуктивной сферы, – подчеркивает **Ирина Молчанова**. – Репродуктивное здоровье – важная составляющая политики нашего государства при том сокращении числа рождений, которое связано с небольшим количеством женщин фертильного возраста, как в нашем крае, так и в целом по стране».

К сожалению, сегодня специалисты наблюдают негативную тенденцию. Если в 2008 году в Алтайском крае рождалось 32 000 детей, то в прошлом году на свет появилось вдвое меньше малышей – 15 500 (причем треть из них – в третьих и последующих родах). В случае сохранения такой статистики наше население будет неизбежно сокращаться. Именно поэтому сегодня на уровне государства взят курс на рождение третьего ребенка и последующих детей.

Вся социальная политика и поддержка государства, в том числе на региональном уровне, направлены на коррекцию ситуации. Проблему принимают и стремятся решить на самом высоком уровне. Президент РФ **Владимир Путин** в 2024 году предложил запустить новую программу по охране материнства, сбережению репродуктивного здоровья, а также здоровья детей и подростков. Кроме того, он поручил российскому Минздраву

изменить порядок проведения медосмотров не только для взрослых, но и для детей, чтобы заблаговременно выявлять заболевания репродуктивной системы. Медицинское обследование подразумевает не только выявление инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, но и диагностику факторов риска их возникновения и развития. «Такой подход действительно помог бы решать многие проблемы на ранних этапах. Дело в том, что, вступая в репродуктивный возраст, девушка имеет по два-три соматических заболевания, и беременность становится триггером их явных клинических проявлений, – отмечает **Ирина Молчанова**. – Важно понимать, что беременность не стала причиной заболевания, а лишь «оголила» проблему. Во время вынашивания ребенка возникает повышенная нагрузка на организм – появление третьего круга кровообращения, изменения обменных процессов. Из особо значимых и распространенных заболеваний, негативно влияющих на течение беременности, на внутриутробное состояние плода, а затем и на здоровье новорожденного, хочется отметить, в первую очередь, такие патологии, как сахарный диабет и гипертоническая болезнь».

Вопрос сохранения народонаселения – важнейший вопрос в существовании государства.

Эксперт обращает внимание на лавинообразное нарастание заболеваемости сахарным диабетом по всему миру. Алтайский край уже много лет входит в число лидеров страны по этой патологии. Причем чаще всего первые признаки нарушений углеводного обмена у женщин врачи регистрируют во время беременности, называя данную патологию гестационным сахарным диабетом. «В прошлом году акушеры-гинекологи края выявили 3464 случая гестационного сахарного диабета

Продолжение на стр. 14 >>





# От эйфории до отчаяния



повышенная самооценка, снижение потребности в сне, отвлекаемость и импульсивные необдуманные действия. Если говорить короче, то жизнь с БАР похожа на раскачивание на качелях в диапазоне от крайнего отчаяния до эйфории.

## Удел творческих личностей?

В обществе закрепилось мнение, что биполярное расстройство – это болезнь творческих личностей. Эпизоды повышенного настроения помогают им творить, создавать шедевры. А факты социально порицаемого поведения (скандалы, проблемы с алкоголем, наркотиками, бурная личная жизнь) можно списать на периоды депрессии.

Действительно, в наличии у себя этого заболевания признавались такие скандально известные знаменитости, как Майли Сайрус, Бритни Спирс, Мел Гибсон. Рэпер Канье Уэст, ставший недавно участником скандала на церемонии «Грэмми» и после этого потерявший многомиллионные контракты в Японии, на обложке одного из своих альбомов написал: «Я ненавижу быть биполярным, это потрясающе», и эта фраза может служить иллюстрацией сути БАР.

Биполярное аффективное расстройство приписывали также таким знаменитостям прошлого, как Эрнест Хемингуэй, Эдгар По, Вивьен Ли, и даже Александру Пушкину – современники в своих письмах и воспоминаниях упоминали о его перепадах настроения.

## Вверх-вниз

Во время депрессивного эпизода мир предстает в черном цвете, сильно снижаются настроение и самооценка, утрачивается смысл существования, обесцениваются все прежние достижения. Жизнь воспринимается как цепь трагических ошибок, в возникновении которых больной винит только себя. Кроме тяжести на душе и мрачных мыслей, возникают неприятные

при которых настроение и уровень активности значительно нарушены. В одних случаях отмечается мания или гипомания (не столь выраженное повышенное настроение), в других – депрессия, не обусловленные соматическим расстройством, употреблением психоактивных веществ, органическим психическим расстройством.

Если говорить проще, то для людей с биполярным расстройством характерно чередование депрессивных и маниакальных симптомов. Во время депрессивного эпизода отмечается ухудшение настроения (грусть, раздражительность, чувство опустошенности) или потеря интереса к любым занятиям в течение большей части дня, практически каждый день. Во время маниакального эпизода могут отмечаться повышенное настроение или раздражительность, прилив сил и чрезмерное стремление к деятельности, а также повышенная разговорчивость, фонтанирование идеями,

30 марта – Всемирный день биполярного расстройства. Всемирная ассоциация психиатров предложила в качестве этой даты отмечать день, когда родился Винсент Ван Гог, который, предположительно, мог страдать биполярным аффективным расстройством (БАР).

«Биполярочка» стало модным словом, которое можно вернуть в разговор или переписке («Да у него биполярочка» или «Это все моя биполярочка»). И это повод поговорить о том, что на самом деле представляет собой это заболевание.

## БАР – это...

По данным ВОЗ, в 2019 году биполярным расстройством страдало 40 млн человек. По другим данным, БАР страдают от 1 до 3% населения Земли. В 2022 году издание «Московский комсомолец» приводило цифру: в России около 3 млн человек имеют биполярное расстройство.

В клинических рекомендациях Минздрава РФ биполярное аффективное расстройство определено как хроническое рецидивирующее заболевание из категории психических расстройств аффективной сферы. БАР характеризуется повторными (по крайней мере, двумя) эпизодами,

## Комментарий специалиста

**Анастасия Болюбаш, врач-психиатр, заведующая дневным стационаром № 1 Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю. К. Эрдмана.**



– Можно ли выявить у себя БАР, используя тесты из Интернета?

– Эти тесты ориентированы на специалистов, их заполняет сам врач во время общения с пациентом или по его итогам. Проводить самодиагностику не рекомендуется.

– При подозрениях на БАР стоит ли вести самонаблюдение за своими состояниями и их сменой (частотой, продолжительностью, глубиной)?

– Нужно хотя бы просто наблюдать за собой и отмечать колебания настроения. Хотя пациенты в период мании по большей части не осознают, что с ними что-то не в порядке. У них все хорошо, они чувствуют себя замечательно. При гипомании еще сохраняется самокритичность, и человек может делать выводы относительно своего состояния. Врачу будет не лишним узнать о продолжительности того или иного эпизода и о том, как часто они сменяются. Это помогает точнее определиться с диагнозом. Полезнее вести дневник, уже принимая назначенное лече-

ние, и записывать, как организм реагирует на препараты.

– К чему может привести отрицание БАР?

– Такое часто происходит в периоде мании. У человека планов – море, он берет кучу кредитов или садится в самолет и улетает в другой город, где начинает вести себя неадекватно, обращает на себя внимание и попадает в больницу.

– Насколько БАР можно взять под контроль при правильной терапии?

– Довольно много спонтанных ремиссий, когда состояние человека стабилизировали – и он исчез, не наблюдается у врача, не принимает поддерживающее лечение. Однако рано или поздно может произойти обострение, даже лет через десять. Предсказать это никак нельзя, можно только предотвратить наступление глубокого ухудшения, если показываться врачу хотя бы раз в год. В основном у людей наступает ремиссия – и они пропадают. Тех, кто постоянно наблюдается и принимает терапию, гораздо меньше. Чем быстрее начато лечение, тем лучше эффект.

– Как правильно говорить с близким человеком, если у него есть подозрения на БАР?

– Люди в депрессии, как прави-

ло, более охотно соглашаются сходить к врачу. С человеком в мании можно как-то схитрить – например, сказать: «Давай сходим, пусть врач подтвердит, что ты нормальный». Прочие доводы для них – пустой звук.

– Насколько легко или сложно диагностировать БАР?

– При мании все сразу видно, а при депрессии все гораздо сложнее. Депрессии могут возникать и при других заболеваниях. Если пациент долго находится в сниженном настроении, то он уже с трудом понимает, что такое приподнятое, и может перепутать его с обычным, нормальным. БАР считается одним из сложных для диагностики расстройств. Оно может сочетаться с другими заболеваниями – расстройством личности, шизотипическим или шизоаффективным расстройством.

– Можно ли имитировать БАР?

– Чаще всего пытаются изобразить депрессию, шизофрению, а вот симитировать манию, мне кажется, невозможно: если человек скачет, как заведенный, но при этом спит по ночам, то, скорее всего, это не БАР. Важный показатель – отсутствие сна или большой его недостаток в период мании. Обычный человек не может несколько дней подряд не спать и при этом фонтанировать энергией.

физические ощущения: тяжело двигаться, сонливость, напряжение в теле, боли в груди, в животе, плаксивость и т. д. Могут ощущаться боли в сердце, хотя кардиологическое обследование может не выявить реально существующих проблем. В таком состоянии пациент не способен заниматься своей обычной деятельностью (работа, учеба, домашние дела), он подвержен мыслям о суициде и даже может предпринять его попытку.

В маниакальной стадии пациенты могут ощущать себя всемогущи-

ми, порхающими, энеджерджайзерами, любить весь мир и казаться себе лучшими представителями человечества. Казалось бы, что в этом плохого? Но такое состояние опасно утратой ощущения реальности, почвы под ногами, осознания нежелательных последствий. Мания при БАР заставляет пускаться в авантюры, допускать рискованное поведение. Например, без всяких сомнений взять большой кредит, который нечем возвращать, сделать дорогостоящий подарок при ограниченных финансовых воз-

можностях, пуститься во все тяжкие, принять скоропалительное решение заключить брак с малознакомым человеком, совершить неожиданный и странный поступок и т. д. При этом пациент может плевать на сон и пребывать в бодрствующем состоянии большую часть суток или вовсе несколько дней не спать. Если при этом у него в голове возникают гениальные идеи, то вряд ли они будут реализованы или доведены до конца, потому что чело-

Продолжение на стр. 18 >>

«Продолжение. Начало на стр. 16-17»

век забывает о них, как только появляется новая привлекательная идея либо как только период мании идет на спад. Чрезмерное приподнятое состояние и неумение держать его под контролем истощают пациента. Кроме того, мания может проявляться не только любовью ко всему миру, но и агрессией, которая выливается в конфликты, порой в общественных местах и достаточно сильные.

### Поддержка при БАР

Ошибки, которые допускают родственники таких пациентов, – это обесценивание депрессивных эпизодов и обвинение в аморальности и легкомысленности при маниакальных. Человеку в депрессии не рекомендуется говорить: «Возьми себя в руки», «С жиру бесишься», а в стадии мании – «Сам виноват», «Куда тебя понесло?», «Говорил же тебе: не связывайся/не лезь/не выступай». Самое верное при первых эпизодах

БАР – посоветовать обратиться к врачу для диагностики. Ее может провести врач-психиатр, а также, в зависимости от результатов, назначить лечение. Своевременно подобранная терапия помогает пациенту быстрее вернуться к нормальной жизни и дольше в этом состоянии оставаться. Самолечение недопустимо.

Лечение при БАР длительное и может продолжаться годами. Но даже при самом ответственном подходе заболевание нельзя вылечить раз и навсегда.

Медикаментозная терапия может включать прием нормотимиков (препаратов для стабилизации настроения).

Немедикаментозные методы – психотерапия, методики снижения стресса, нормализация образа жизни, режима сна и отдыха, психообразование (повышение уровня знаний о заболевании).

Елена Клишина

### Факты о БАР

Этим расстройством чаще страдают женщины, чем мужчины.

Заболевание может проявиться в любом возрасте – и в подростковом, и в пожилом.

Основной фактор возникновения – генетический, однако вызвать БАР может «поломка» нескольких генов; конкретный ген, отвечающий за развитие БАР, пока не выявлен. Генетический фактор может и не сработать: даже в паре однояйцевых близнецов у одного из них БАР не проявилось – такие исследования проводились.

Проявлению БАР могут способствовать следующие факторы: жизнь на пределе физических и психологических возможностей организма, постоянные стрессы, хронический недосып, постоянные ночные смены, частые перелеты со сменой часовых поясов,

употребление психоактивных веществ.

Количество выявленных пациентов с БАР в мире растет, так как развивается диагностика психических состояний и психиатрических заболеваний.

БАР со стороны может казаться довольно привлекательной темой: сложившиеся стереотипы говорят, что люди с БАР обладают более высоким интеллектом и творческими способностями, а их жизнь напоминает увлекательный аттракцион. Однако те, кто на самом деле имеет такой диагноз, не подтверждают каких-то бонусов, которые им могло бы принести заболевание. Маниакальные и депрессивные стадии могут быть продолжительными (при отсутствии лечения) или сменять друг друга слишком часто, а это изматывает.

13 марта – Всемирный день осведомленности об эндометриозе – заболевании, ставшем бичом для многих женщин. По данным ВОЗ, около 10% женщин, или практически каждая десятая женщина репродуктивного возраста в мире, страдают от эндометриоза. В последние десятилетия появилась тенденция к росту заболеваемости среди подростков.

Медики связывают этот факт с ухудшением экологии и общего соматического здоровья населения во всем мире. Также есть мнение, что на процесс влияет и меньшее число родов у каждой женщины. Наши предки рожали чаще, и соответственно менструаций, в ходе которых отторгается эндометрий, было меньше. Как гинекологи сегодня решают эту проблему, расскажет доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО, к. м. н., врач высшей квалификационной категории Юлия Шадеева.



## Очаги боли



### Нарушенный баланс

– Юлия Александровна, что представляет собой эндометриоз?

– Это доброкачественное гормонально-зависимое заболевание, при котором происходит разрастание ткани, подобной эндометрию, за пределами полости матки. Эндометриоз может распространяться в толщу мышечного слоя, на яичники, маточные трубы и даже на другие органы – кишечник, мочевой пузырь и т.д. В медицинской литературе описаны случаи эндометриоза легких и центральной нервной системы.

Несмотря на то, что заболевание носит доброкачественный характер, оно существенно снижает качество жизни женщин, приводит к развитию осложнений, таких как хронический тазовый болевой синдром, спаечный процесс полости малого таза, снижение репродуктивной функции вплоть до бесплодия, нарушение функций соседних органов. Кроме того, с течением времени эндометриоз приводит к развитию хронической железодефи-

цитной анемии, поскольку у женщин с таким диагнозом часто отмечаются обильные менструации.

– Существует ли связь между возрастом и заболеваемостью?

– Развитие и прогрессирование патологии зависят от нарушения баланса половых гормонов, в первую очередь от избытка эстрогенов. Поэтому эндометриоз преимущественно поражает женщин репродуктивного возраста. В период менопаузы функция яичников прекращается, и эндометриоз значительно теряет свою актуальность. Но 5–6% женщин и в постменопаузе страдают от его проявлений.

– Кроме гормонального фактора, есть ли еще причины возникновения эндометриоза?

– Проблема еще до конца не изучена. В частности, установлена связь с нарушением местного иммунитета – снижением функциональной активности макрофагов, нарушением процессов апоптоза и дисбалансом местных факторов роста.

– Юлия Александровна, а каковы в данном случае факторы риска развития заболевания?

– Эндометриоз – заболевание многофакторное. Считается, что predisposing факторами риска являются заболевания эндокринной системы – сахарный диабет, ожире-

### Цифры и факты

У 30-70% женщин с бесплодием выявляют эндометриоз.

В рамках исследований установлено, что примерно у 70% девушек до 19 лет с болезненными менструациями диагностировался эндометриоз яичников и брюшины малого таза.

Продолжение на стр. 20»»

«Продолжение. Начало на стр. 18-19»

ние или, напротив, дефицит веса, заболевания щитовидной железы, иммунодефицитные состояния, стрессы. Доказана роль частых аборт, перенесенных операций на половых органах.

**Возникновение эндометриоза в подростковом возрасте тесно взаимосвязано с аномалиями развития половых органов, также прослеживается роль наследственности и семейной предрасположенности. Безусловно, влияют общие факторы – экология, характер питания, образ жизни, в том числе вредные привычки и гиподинамия.**

## От цикла к циклу

– **Каковы клинические проявления эндометриоза?**

– В первую очередь, это хронический тазовый болевой синдром и обильные болезненные менструации. Боли локализуются в нижней части живота и могут носить периодический или постоянный характер с иррадиацией в пояснично-крестцовую область, промежность. У женщин с глубоким инфилтративным эндометриозом отмечаются болезненность при половом акте, нарушение стула и мочеиспускания. Характерны длительные мажущие коричневые выделения из влагалища до начала менструации и после нее.

При эндометриозе отдаленных локализаций симптоматика проявляется нарушением функций пораженных органов: кашель и кровохарканье при эндометриозе легкого, примеси крови в стуле или моче при эндометриозе кишечника и мочевого пузыря, синкопальные состояния при эндометриозе центральной нервной системы.

Со временем на фоне обильных менструаций развивается вторичная хроническая железодефицитная анемия. Ее проявления: повышенная ломкость ногтей, выпадение волос, сухость кожи, слабость, недомогание, быстрая общая утомляемость, плохая концентрация внимания. В репродуктивном возрасте возникают проблемы с зачатием.

Все перечисленные симптомы повторяются из цикла в цикл, и заболевание может развиваться годами до установления диагноза.

– **Юлия Александровна, на что опираются врачи при постановке диагноза?**

– Диагноз выставляется на основании характерных жалоб, данных осмотра и УЗИ органов малого таза. При необходимости проводятся кольпоскопия и гистероскопия. При подозрении на эндометриоз кишечника или мочевого пузыря назначаются колоноскопия, цистоскопия, вплоть до МРТ.

– **Как сегодня лечат эндометриоз?**

– На современном этапе применяют комплексный подход, который сочетает в себе медикаментозные гормональные и негормональные методы, а также хирургическое лечение. Выбор метода зависит от возраста пациентки, наличия сопутствующих заболеваний, ее репродуктивных планов, а также от локализации эндометриоза и тяжести поражения.

Как правило, эндометриоз яичников лечится хирургическим путем. Если сформировались эндометриозные кисты, предпочтение отдается малоинвазивным лапароскопическим методикам с максимальным сохранением неизменной ткани яичников и фолликулярного аппарата.

Эндометриоз брюшины малого таза лечится также с помощью хирургического иссечения очагов. После хирургического этапа курс лечения дополняется гормональной терапией для профилактики рецидива.



Для лечения эндометриоза тела матки преимущественно применяются гормонотерапия, нестероидные противовоспалительные препараты, транексамовая кислота для уменьшения болей и менструальных кровотечений.

– **Что произойдет, если женщина проигнорирует заболевание?**

– Как уже сказано выше, эндометриоз – это доброкачественный пролиферативный процесс. В крайне редких случаях описывают эпизоды малигнизации, когда эндометриоз трансформируется в злокачественную опухоль.

На фоне нелеченого эндометриоза развиваются осложнения – анемия, спаечный процесс и другие. Это, в свою очередь, нарушает общую сопротивляемость организма, снижает иммунитет, заболевание негативно отражается на уровне здоровья всего организма.

– **Существуют ли меры профилактики, предотвращения развития эндометриоза?**

– В первую очередь, необходимо устранение факторов риска развития заболевания. Это своевременное лечение гинекологических и соматических заболеваний, надежная контрацепция, физическая активность, отказ от вредных привычек, сбалансированное питание, контроль веса, соблюдение режима сна, устранение стрессов. И, конечно, необходимо регулярно посещать врача-гинеколога.

Подготовила  
Ирина Савина

**Комплексное лечение подразумевает и устранение сопутствующей анемии: длительно назначаются препараты железа.**

# Выбираем Молодежный на жительство

В ноябре прошлого года в поселок Молодежный (рядом с Бийском) переехали супруги-медики Клевцовы. Для небольшого населенного пункта это стало настоящим событием: первое время в здравпункт, где они работают, жители приходили, чтобы просто познакомиться.

Познакомимся с Клевцовыми и мы, редакция газеты «Мы и здоровье» и ее читатели.

Представляем:



Клевцов Евгений Сергеевич, фельдшер, стаж работы 10 лет.



Клевцова Ксения Евгеньевна, медсестра, стаж работы 6 лет.

Оба окончили Бийский медицинский колледж, правда, в разные годы. Оба большую часть жизни прожили в Бийске, только Ксения Евгеньевна приехала в наукоград в детстве с родителями из Казахстана.

Приезд супругов-медиков обрадовал жителей Молодежного вот по какой причине: до их появления здравпункт в поселке работал три раза в неделю по полдня, а сдать анализы

можно было только раз в неделю. Теперь медсестра выполняет манипуляции в течение всего рабочего дня и каждый день, забор анализов производят два раза в неделю. Фельдшер ведет прием в первой половине дня, а во второй идет по вызовам на дом к пациентам. Кроме того, Евгений Сергеевич совмещает работу в здравпункте с работой на скорой.

До приезда в Молодежный Евгений работал на Приобской подстанции скорой медицинской помощи, а Ксения – в приемном отделении больницы № 2. Собственно, на работе и познакомились: Евгений привозил пациентов, а Ксения их принимала. Однажды они решили встретиться за пределами работы. Встретились и

поняли, что между ними много сходства – например, у обоих спокойный характер и дни рождения в конце июня. Почти сразу возникло ощущение, будто знают друг друга уже много лет. Пожились, родили ребенка, а когда Ксении пришло время выходить из декрета, тут и появилась вакансия в поселковом здравпункте.

В поселке жизнь более тихая и спокойная, чем в городе, рядом лес, прилетают на зимовку лебеди, все рядом, удобно водить ребенка в садик. А город – всего в десяти километрах, и если хочется культурного городского досуга, то расстояние совсем не проблема.

Переехали из города в поселок молодые супруги не в рамках какой-то программы, а по велению сердца: у Ксении здесь живет брат, она часто бывала у него в гостях, и в Молодежном ей нравилось. Жилье сначала снимали, потом рискнули приобрести свое в ипотеку.

На вопрос «Чем отличается работа в городе и в поселке?» Клевцовы отвечают:

– В поселке населения меньше, все друг друга знают, нет такой загруженности, как в городе. В поселке бывает, что и двадцать человек в день обратятся, а в городе было бы раза в два больше. У нас нет записи, всех принимаем по живой очереди, без суеты и спешки. Правда, нас почти каждый день останавливают на улице и что-то спрашивают, но это совсем не напрягает.

Наш контингент – в основном люди пожилого возраста, 60+. Обращаются чаще всего с гипертонической болезнью, артритами, артрозами, жалуются на головокружение, головные боли. Хронические больные приходят с назначениями от узких специалистов и терапевтов, чтобы я сделала им инъекции. Можем записать ЭКГ, берем анализы и отправляем их в лабораторию в город. Времени приема хватает, чтобы не только оказать помощь, но и поговорить, что очень важно для пожилых пациентов.

Елена Клишина

## Факты

Евгений Клевцов пошел устраиваться на работу в скорую помощь на следующий день после получения диплома.

# Женский вопрос

Хронические неинфекционные заболевания – ведущая причина инвалидности и преждевременной смерти населения. К их основным типам медики относят болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания и сахарный диабет. 20 февраля на базе АГМУ прошла масштабная научно-практическая конференция, где более 160 экспертов обсуждали события диагностики, лечения и профилактики этих заболеваний. Сегодня мы расскажем о важности своевременного выявления новообразований женской половой системы.



## Не игнорировать осмотры

Для хронических неинфекционных заболеваний характерно длительное течение. Чаще всего они возникают в результате воздействия целой комбинации факторов – гене-



тических, физиологических, экологических и, конечно же, поведенческих. Выявить заболевания на ранней стадии помогает диспансеризация населения. В 2024 году в Алтайском крае в ходе диспансерной кампании впервые выявлено почти 72 тысячи заболеваний. На первом месте – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (почти 50%). На втором месте – болезни системы кровообращения (почти 21%). Удельный вес злокачественных образований в структуре впервые выявленных заболеваний составляет около 2%. У женщин чаще всего страдают кожные покровы, молочные железы и матка. Рак шейки матки занимает первое место в мире среди всех новообразований женских половых органов. По данным ВОЗ, ежегодно выявляется 470 тысяч новых случаев заболевания.

«Важнейшая задача противораковой службы – обнаружение и лечение больных с предопухолевыми заболеваниями и ранними стадиями рака. Болезнь в этих случаях протекает, как правило, практически без симптомов, незаметно, поэтому пациентки не обращаются к врачам. Поэтому особое внимание мы уделяем выявлению больных среди практически здорового населения, – говорит заведующая отделением онкогинекологии Алтайского краевого онкологического диспансера, к. м. н. **Татьяна Максименко**.

– В последнее время актуален осмотр более молодого контингента в связи с крайне ранним началом половой жизни. Дело в том, что в подростковом возрасте плоский эпителий, покрывающий шейку матки, стенки влагалища и вульву, еще не зрелый – он не приспособлен ни для половой жизни, ни для деторождения. Клетки незрелого эпителия механически травмируются, и в совокупности с воздействием папилломавирусной инфекции это способствует формированию дисплазии».

Онкогинекологи проводят в год около 90 конизаций (хирургическая процедура, при которой иссекается небольшой конусообразный участок ткани с шейки матки. Ее применяют как первый этап лечения при дисплазии третьей степени и раке in situ – нулевой стадии. – Прим. ред.). Из них 10–15 процедур приходится на возраст 18–20 лет. В ходе манипуляции врачи убирают измененные клетки, шейка матки эпителизируется, и в дальнейшем на фоне противовирусной терапии пациентки благополучно беременеют и рожают.

Специалисты онкологического диспансера фиксируют существенное увеличение случаев рака различных степеней и у беременных. Это также связано с инфицированием вирусом папилломы человека. «Взаимодействие человека с этим вирусом происходит по двум путям – транзитному и персистирующему. В первом случае

при попадании вируса в организм женщины ее иммунитет с ним справляется и нейтрализует. Считается, что из 100 таких встреч 70 проходят транзитно, не нанося вред организму. Во втором варианте, когда иммунитет не может справиться с папилломавирусом, тот проникает в клетки плоского эпителия и начинает повреждать их, – поясняет онкогинеколог. – Если у беременной женщины обнаруживается дисплазия или рак нулевой стадии, роды не противопоказаны. Необходимое лечение она получает после них. Если же биопсия подтверждает инвазивный рак, который пророс в базальную мембрану, то вынашивать ребенка нельзя».

Именно поэтому врачи призывают регулярно проходить профилактические осмотры.

Обязательная составляющая чек-апа женского здоровья – забор мазков на онкоцитологию. «Цитологические мазки берут у женщин независимо от наличия жалоб, а также наличия или отсутствия изменений слизистой оболочки, – отмечает эксперт. – Цитологическое исследование следует повторять не реже, чем раз в три года. Процедуру необходимо проходить не ранее, чем на 5-е сутки менструального цикла и не позднее, чем за 5 суток до предполагаемого начала менструации».

## Спасти женскую систему

Как уже было сказано, рак шейки матки – одна из самых распространенных локализаций. На его долю приходится около 25% всех опухолей у женщин во всем мире. «Это злокачественная опухоль, которая развивается из эпителиальных клеток шейки матки. Ее возникновению способствуют раннее начало половой жизни, ранние первые роды, частая смена половых партнеров, отказ от контрацептивов барьерного типа и отсутствие профилактических обследований. Отказ от скрининговых мероприятий и позднее обращение к врачу приводят к невозможности радикального лечения вследствие запущенности болезни, наличия ре-

гионарных и отдаленных метастазов», – поясняет Татьяна Максименко. И поскольку главный повреждающий агент в данном случае – вирус папилломы человека, то все будет зависеть от скорости внедрения вируса в клетку и работы иммунитета. От момента внедрения до изменения структуры клетки могут пройти месяцы. Далее инвазивный рак может развиваться за считанные годы и привести к летальному исходу.

Эксперт рекомендует проходить скрининговое обследование всем женщинам репродуктивного возраста, начиная с 21 года или не позднее чем через 3 года после начала половой жизни – каждые три года. «Случаи рака шейки матки, обнаруженные при скрининге, чаще имеют более благоприятное, с точки зрения прогноза, состояние – дисплазию эпителия или нулевую стадию рака – самые зачастую формы. В 100% это решаемая ситуация, которая ведет к выздоровлению, – подчеркивает Татьяна Максименко. – Необходимо понимать, что это – визуальный вид рака. Для обнаружения опухоли или предопухолевого состояния нет необходимости применять дорогостоящие или инвазивные методы исследования. При помощи кольпоскопии можно легко определить предраковую патологию и при необходимости подтвердить диагноз цитологическим исследованием».

Чтобы защитить себя, специалист рекомендует женщинам использовать методы барьерной контрацепции, регулярно проходить медицинские осмотры, в том числе для выявления инфекций, передающихся половым путем. Для предотвращения инфицирования вирусом папилломы человека гинекологи рекомендуют вакцинацию.

К сожалению, это не единственная патология, угрожающая женскому органу. Сегодня растет число заболеваний раком тела матки. Это злокачественное поражение эндометрия, выстилающего полость матки, которое проявляется кровянистыми выделениями, водянистыми белями из половых путей, болями, ациклическими или

## Для справки

Для проведения профилактических осмотров населения в 77 медицинских организациях функционируют 129 смотровых кабинетов, в том числе мужских – 34.

атипичными маточными кровотечениями. «Тенденция к росту заболеваемости отчасти объяснима увеличением общей продолжительности жизни женщин и времени их нахождения в постменопаузе. Кроме того, большое влияние на развитие заболевания оказывают гиперэстрогения и лишний вес. Гормонозависимый рак тела матки чаще всего встречается у пациенток с ожирением, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, опухолями яичников, неоднократными прерываниями беременности, а также у женщин, получающих заместительную гормональную терапию эстрогенами и с отягощенной наследственностью», – продолжает Татьяна Максименко.

Врач подчеркивает необходимость профилактических мер. Это не только своевременное выявление и лечение фоновой и предраковой патологии и проведение регулярного онкоскрининга. Важно решить вопрос с общим состоянием организма, отрегулировать возникшие дисбалансы. «Контроль превентивных мер вклю-

## Рекомендации эксперта

### Для профилактики рака яичников

Также очень важно следить за весом и придерживаться принципов правильного питания. Специалист рекомендует уменьшить до минимума количество жиров и обогатить ежедневный рацион омега-3-жирными кислотами, цельнозерновыми продуктами, свежими овощами и фруктами.

Продолжение на стр. 24 >>

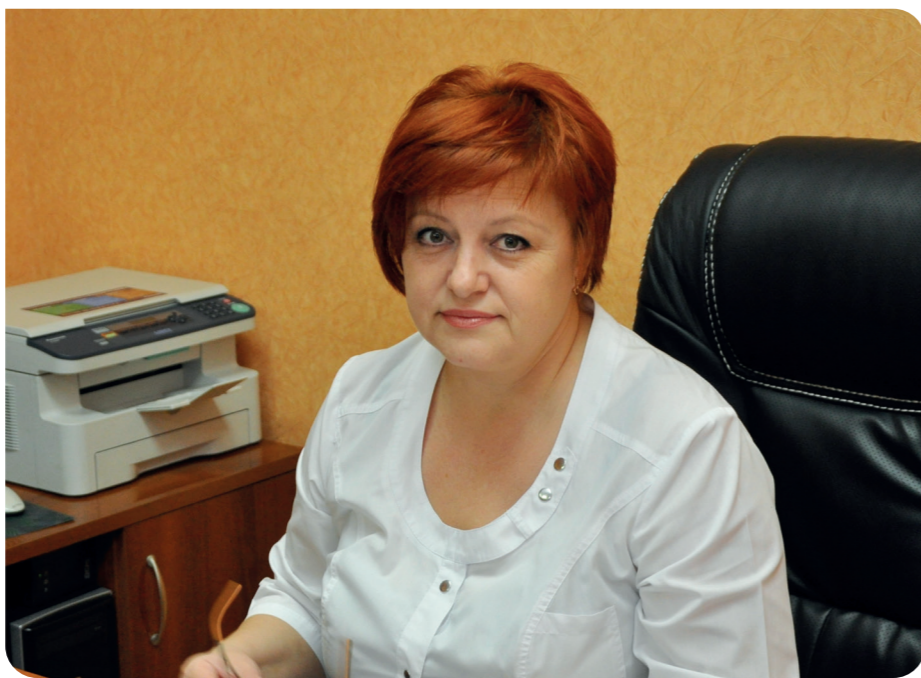
«Продолжение. Начало на стр. 22-23»

чает устранение гиперэстрогении. Для этого необходимо минимизировать потребление искусственных эстрогенов, которыми, например, богата соя. Очень важен контроль массы тела, поскольку жировая ткань – богатый источник эстрогенов. Не менее важно контролировать течение сахарного диабета, нормализовать менструальную функцию, грамотно подобрать контрацепцию», – говорит специалист.

Кроме того, за 10 лет почти на 12% выросло число заболеваний раком яичников. Средний возраст пациенток – 58,7 лет. «Риск развития рака яичников повышен у женщин, которые принимают медикаменты для стимуляции овуляции, имеют отягощенный семейный анамнез – этим заболеванием страдали ближайшие родственницы (к слову, рак молочной железы у самой пациентки или в семейном анамнезе также будет фактором риска), а также у которых первая беременность наступила в позднем возрасте. Серьезный лишний вес (от 15 лишних килограммов и выше) – также тревожный звонок. Если женщина принимает гормонозаместительную терапию, при которой получает эстрогены, но не получает прогестерон, она тоже оказывается в зоне риска», – рассказывает Татьяна Максименко. Эксперт отмечает, что симптомы рака яичников маловыразительны и неспецифичны. Среди них можно отметить вздутие брюшной полости вследствие скопления жидкости, расстройства пищеварительного тракта, нарушение дефекации и нерегулярные менструальные кровотечения. Специфической профилактики рака яичников не существует. Но одним из признанных методов врачи называют применение контрацептивных средств хотя бы в течение пяти лет до достижения женщиной 30-летнего возраста.

Ирина Савина

## «Поликлиника – это живой организм»



Инна Анисимова руководит одной из крупнейших поликлиник Барнаула с 2013 года. С 2023 года по поручению регионального Минздрава организовала три командировки алтайских медиков в Славяносербский район Луганской области. В феврале Инне Владимировне было присвоено звание «Заслуженный работник здравоохранения РФ».

### Как менялась поликлиника

– Городское первичное звено я знаю от и до – все его «подводные камни», всю организационную структуру. Имею представление о том, как организована работа не только поликлиник, но и стационарных отделений терапевтического профиля, так как в должности главного терапевта города занималась ими тоже. Когда поступило предложение возглавить девятую поликлинику, я согласилась, потому что уже имела достаточный управленческий опыт.

В 2013 году девятая поликлиника обслуживала около 70 тысяч взрослого населения Индустриального

района, сейчас обслуживаем более 80 тысяч человек. Прикрепления к нашей поликлинике происходят каждый день. Мы находимся в быстро растущем районе, где новые дома и кварталы строятся буквально стремительно. Тогда у нас было два терапевтических отделения и одно отделение врачей общей практики. Сейчас на одно терапевтическое отделение больше. Остальные структурные подразделения мы сохранили, ничего не сократили. Увеличиваем число узких специалистов – например, мы увидели необходимость в ревматологе и обучили специалиста, которого раньше не было. Появились врач паллиативной помощи, врач-гериятр.

### Справка «МиЗ»

**Инна Анисимова** – выпускница Алтайского государственного медицинского института, окончила его по специальности «лечебное дело». После интернатуры начала работать участковым терапевтом в поликлинике завода РТИ, впоследствии переименованной в поликлинику № 11. Периодически замещала должности заведующей терапевтическим отделением, заместителя главного врача по экспертизе. В 2005–2011 годах – главный терапевт города Барнаула, работала в городском комитете здравоохранения. В 2011–2013 годах – заместитель главного врача по медицинской части городской больницы № 5. В 2013 году возглавила городскую поликлинику № 9.

На мой взгляд, поликлиника – это живой организм, который требует совершенствования. Мы развиваем методики – например, закупили колоноскоп и теперь делаем видеокколоноскопию. Увеличиваем количество ультразвуковых аппаратов. Раньше у нас был один дневной стационар терапевтического профиля, а теперь два. Мы увеличиваем штат эндокринологов. Расширяем отделение профилактики, так как сегодня профилактическая направленность работы в приоритете и требует увеличения кадрового состава. У нас раньше не было отделения неотложной помощи, сегодня есть, и организована работа выездных бригад неотложной помощи. В 2016 году мы вошли в федеральные проекты «Бережливая поликлиника» и «Открытая регистратура» и в числе первых начали внедрять в первичное звено технологии бережливого производства. И с каждым годом мы совершенствуем уже имеющиеся технологии. Если в 2013 году люди сдавали кровь в порядке живой очереди, то сегодня кровь сдают по талонам, и больших очередей на сдаче крови нет, как и на функциональных

исследованиях. Мы создали службу сопровождения больных, которые перенесли острый коронарный синдром, пациентов с онкозаболеваниями, есть ответственный специалист, который занимается вопросами антикоагулянтной терапии.

В 2019 году мы первые в крае приняли участие в федеральном пилотном проекте по дистанционному мониторингу пациентов с артериальной гипертензией. Во времена ковида нам это очень здорово помогло, так как наши пациенты, входившие в группу особого риска, находясь под дистанционным наблюдением, от болезней системы кровообращения не умирали. Мы наблюдали 700 человек, имеющих, кроме гипертонии, другие сопутствующие заболевания (сахарный диабет, болезни органов дыхания). Сейчас при ведении мониторинга мы сделали акцент на пациентов трудоспособного возраста.

### Кадры и будущий корпус

– Мы обучаем достаточно много целевиков – как на специалитете с первого курса, так и в ординатуре. Мы уже обучили невролога, офтальмолога, ревматолога, травматолога, планируем обучить хирурга, постоянно обучаем врачей общей практики. В настоящее время три наших целевика обучаются в ординатуре, восемь – на специалитете с первого по пятый курс. И еще восемь в этом году оканчивают шестой курс и буквально летом выйдут к нам на работу. Кроме того, мы смотрим на тех студентов, которые приходят к нам на практику, и предлагаем им обучение в ординатуре. Плюс мы практикуем целевое обучение среднего медицинского персонала.

У нас не так остро стоит вопрос кадров, как беспокоит катастрофический дефицит площадей. Уже есть проект нового корпуса поликлиники, определен земельный участок, проект прошел государственную строительную экспертизу, и сейчас готовится документация для проведения аукциона на строительные работы. В связи со строительством нового корпуса мы предусматриваем расширение кадро-

### Цифры и факты

113 врачей  
и 151 медицинская сестра трудятся в городской поликлинике № 9 г. Барнаула.

95% – укомплектованность поликлиники участковыми терапевтами. Полностью укомплектованы офтальмологическая, эндокринологическая, онкологическая службы, почти укомплектована женская консультация.

Средний возраст врачей – 40 лет. Однако должности заведующих отделений занимают специалисты с большим опытом, представители так называемой «старой школы».

65 и 35% – примерно таково соотношение трудоспособного и пожилого населения, прикрепленного к девятой поликлинике.

Наиболее частые заболевания у населения – болезни системы кровообращения.

вого состава и планируем обучение целевиков так, чтобы оно было окончено к моменту его открытия.

Благодаря новому корпусу будет расширена терапевтическая служба – в частности, организована работа отделения врачей общей практики, которое сейчас расположено в приспособленном помещении. Туда же переедет третье терапевтическое отделение, которое также будет расширено за счет увеличения количества участков. В новом корпусе в расширенном составе разместятся отделение функциональной диагностики, эндоскопии, хирургическое. Будут

Продолжение на стр. 26 &gt;&gt;

«Продолжение. Начало на стр. 24-25»

размещены дополнительное отделение профилактики, дополнительные рентгенологические кабинеты с кабинетом МСКТ, которого сейчас у нас нет. Если говорить об эндоскопии, то мы планируем ввести у себя анестезиологическое пособие и койки хирургического профиля – для того чтобы пациент, пройдя эндоскопическое обследование под анестезией, мог в течение дня побыть под наблюдением врача.

При планировании служб нового корпуса мы постарались учесть все логистические моменты, чтобы населению было удобно, чтобы не пострадала доступность оказания медицинской помощи. Единственное, что может показаться неудобным: вся хирургическая служба перейдет в новый корпус. Но согласитесь, не каждому пациенту так уж часто нужен хирург. Основной лечащий врач – это участковый терапевт, который и определяет необходимость направления к узким специалистам.

### Помощь коллегам

– Славяносербские коллеги прислали запрос в краевой Минздрав, и мне было поручено организовать эти поездки. Уже состоялись три такие командировки. Первая была в октябре 2023 года. Тогда выехали врач общей практики, врач-травматолог, врач УЗИ, врач-эндоскопист, врач-офтальмолог. В первый раз я выезжала вместе с ними, в том числе для того, чтобы организовать методическую помощь коллегам. Нас встретили очень тепло, и было видно, что наша работа там необходима. Алтайские врачи поехали, потому что откликнулись на просьбу о помощи. Там кадровый дефицит гораздо сильнее, чем у нас. Вторая и третья поездки были в апреле и в октябре 2024 года. Основная наша деятельность – оказание первичной медико-санитарной помощи жителям и военнослужащим. Жители нас ждут и с удовольствием записываются на прием.

Мы постарались передать коллегам те технологии, которые выстро-

ны у нас. Так, мы внедрили талонную систему, автоматизированное рабочее место (АРМ) врача. Наши медики оказывали коллегам методическую помощь и проводили школы для больных сахарным диабетом, бронхиальной астмой. Мы делились своими знаниями и опытом в полной мере, ощущая, что они там необходимы, чтобы люди не чувствовали себя обделенными, одинокими в этой жизни.

За одну поездку, которая длится месяц, мы принимали до 3000 взрослых пациентов. В день – по 30–50 человек. Стали активно использовать выездную работу в отдаленных поселках, куда нас направлял главный врач Славяносербской ЦРБ. К больнице в 2023 году было прикреплено чуть больше 20 тысяч человек, сейчас – уже больше 30 тысяч. Не отказывали вообще никому – иногда работали и в будни, и в выходные, и днем; и даже ночью травматологам приходилось оказывать экстренную помощь, если требовалось.

Могу сказать, что костяк алтайской команды составили врачи девятой поликлиники. Во всех трех поездках работал врач общей практики **Александр Капитанов**, два раза ездили врач-эндоскопист **Кирилл Хоменский** и работающая с ним медицинская сестра. Помощь коллегам оказал и врач-травматолог **Владимир Недоступенко**. В третью поездку, чтобы усилить терапевтическую работу, поехала участковый врач-терапевт **Татьяна Федулеева**. Врач-эндокринолог **Татьяна Ермилова** хоть и работает сейчас в онкодиспансере, но десять лет проработала у нас, поэтому мы считаем ее своей. Конечно, выезжали и врачи других учреждений – травматологи из Рубцовска, из БСМП № 2, отоларингологи краевой больницы, восьмой больницы, врач-офтальмолог третьей поликлиники, во всех трех поездках участвовал врач УЗИ из краевой больницы.

Новые командировки планируются, но когда и в каком составе, зависит от приглашающей стороны. В третью поездку, к примеру, врач-эндоскопист уже не потребовался, так как наш специалист обучил эндоскопическим

манипуляциям местных хирургов. В третью поездку мы отправили врача-терапевта, так как коллеги стали делать акцент на диспансерное наблюдение и профилактические осмотры, а это как раз основная работа терапевтического звена.

### Правила жизни

– Я всегда считала нашу профессию самой главной. Очень хотела быть врачом и нисколько не пожалела, что им стала. Мы по роду своей деятельности ответственны за жизнь человека. Но уважение к профессии сегодня нам нужно воспитывать снова – чего греха таить, авторитет врача несколько уменьшился в последнее время. И все врачи пытаются его восстановить. Сегодня пациенты сами ставят себе диагнозы по Интернету, но только врач может определить, чем же болен человек на самом деле. И только врач может направить его на путь выздоровления. Да, мы не боги, но много делаем для того, чтобы сохранить жизнь человека. Вся наша работа строится на неравнодушии, на участии в судьбе пациента, без этого успеха не будет.

Хорошая поликлиника – это, в первую очередь, неравнодушные люди. Не только врачи, потому что врач без медсестры полноценно работать не сможет. Медсестра – правая рука врача.

У нас есть разные показатели, но это цифры, за которыми стоят жизни конкретных пациентов. Главный итог работы каждого врача – это продолжительность жизни пациента. Все наши усилия, знания, опыт должны быть направлены на то, чтобы человек жил как можно дольше и как можно здоровее. Поэтому мы пропагандируем здоровый образ жизни, призываем на различные профилактические мероприятия – профосмотры, вакцинацию. Много зависит от врача, но и очень многое – в руках самого пациента. Хороший терапевт – тот, которому доверяют. Успех одного врача – это успех целого коллектива. Медицина – это общность интересов и общность действий.

Елена Клишина

## Борьба вдолгую



24 марта в медицинском календаре обозначено как Всемирный день борьбы с туберкулезом. Эта борьба длится более ста лет с переменным успехом. Алтайский край продолжает входить в число напряженных регионов. Но есть и светлые моменты: в 2024 году заболеваемость с учетом ведомств снизилась по сравнению с 2023 годом с почти 61 до 44,3 случаев на 100 тысяч населения.

В Алтайском краевом противотуберкулезном диспансере отмечают, что это стало возможным в том числе благодаря новым технологиям, обеспечивающим раннюю диагностику заболевания. Какие методы лечения

и диагностики туберкулеза легких помогают победить «чахотку» — узнаем у врача-эндоскописта Краевого противотуберкулезного диспансера Павла Зимонина, которому в начале февраля присвоили почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации».



### Новые технологии против палочки Коха

По словам врача, показатель заболеваемости туберкулезом легких в Алтайском крае продолжает оставаться на достаточно высоком уровне.

#### Цифры и факты

В нашем регионе довольно часто туберкулез встречается в тандеме с ВИЧ-инфекцией – **18,4** на 100 тысяч населения (по СФО этот показатель равен **17,1**, а по стране – **6,4**).

Ситуация имеет тенденцию к снижению, но все же остается на критических отметках. Это связано со стабильно высоким показателем **71,8** на 100 тысяч населения заболеваемости ВИЧ с учетом ведомств за 2021–2023 годы.

Рост показателя рецидивов в Алтайском крае до **15%** (по СФО их доля – **12,3%**, а по России в целом – **6,3%**).

Кроме того, растет доля деструктивных форм среди пациентов с туберкулезом легких – до почти **55%**.

И вместе с этим врачи противотуберкулезного диспансера в минувшем году эффективно пролечили больше 70% пациентов. Это стало возможным в том числе благодаря новому оборудованию.

Сегодня врачи тубдиспансера проводят операции с использованием новой эндоскопической установки. И этот процесс не стоит на месте. Павел Зимонин активно занимается разработкой и введением в практику новых оригинальных методик хирургического и эндоскопического лечения тубер-

Продолжение на стр. 28 >>

«Продолжение. Начало на стр. 27»

кулеза легких и плевры. «Для немедикаментозного лечения туберкулеза и его осложнений наш учитель **Арнольд Вольфович Левин** предложил метод клапанной бронхоблокации (малоинвазивный метод лечения, основанный на создании лечебной гиповентляции в пораженном участке легкого с сохранением дренажной функции бронха путем установки в его просвет эндобронхиального клапана. – *Прим. ред.*). Первые сообщения по нему мы опубликовали еще в 2003 году. За эти годы клапанная бронхоблокация доказала свою эффективность. Она вошла в стандарты лечения туберкулеза и федеральные клинические рекомендации. За 2024 год нами было выполнено 60 клапанных бронхоблокаций», – рассказывает Павел Зимонин.

Клапанная бронхоблокация доказала свою эффективность. При инфильтративном туберкулезе метод позволяет в 2,3 раза чаще прекратить бактериовыделение, добиться положительной рентгенологической динамики в 1,5 раза чаще, а также закрытия полостей деструкции больше чем в три раза чаще, чем при аналогичном лечении без его применения. Кроме того, при легочном кровотечении клапанная бронхоблокация позволяет снизить количество осложнений

Клапанная  
бронхоблокация  
более чем

в 3 раза

снижает вероятность  
рецидива легочного  
кровотечения.

И почти в 5 раз  
снижает летальность.

почти в три раза. И более чем в три раза уменьшает вероятность рецидива легочного кровотечения. А самое главное – почти в пять раз снижает летальность.

«Клапанная бронхоблокация – не единственный эффективный метод в борьбе с заболеванием. Для хирургического лечения пациентов с хроническими формами лекарственно устойчивого осложненного туберкулеза нашими учителями **Григорием Матвеевичем Кагаловским** и **Арнольдом Вольфовичем Левиным** предложена система хирургического малотравматичного лечения с сохранением жесткости грудной клетки – фрагментационные торакопластики, которые с успехом используются и в настоящее время», – продолжает Павел Зимонин.

### По высоким стандартам

Для эффективного лечения крайне важна информативность диагностики. В 2024 году в противотуберкулезном диспансере запустили в работу современный рентген-аппарат «Ренекс-РЦ» для проведения всех видов рентгенографических исследований. Снимки высокого качества можно делать в любом положении пациента: стоя, сидя, лежа. А для их расшифровки врачи используют искусственный интеллект. Также в конце года в диспансере появился новый цифровой флюорограф – рентген-аппарат ФЦ-ОКО с низкой лучевой нагрузкой. Современная аппаратура позволяет визуализировать все процессы максимально четко.

«В связи с тем, что увеличивается доля пациентов с деструктивными формами туберкулеза (а это зачастую хронические полостные формы туберкулеза с бактериовыделением), значимость хирургического лечения сохраняется. На мой взгляд, незаслуженно уходят методы коллапсотерапии (метод лечения туберкулеза легких, основанный на уменьшении объема пораженного легкого с помощью введенного воздуха в плевральную или брюшную полость. – *Прим. ред.*), но их место за-

### Для справки

По данным статистических материалов «Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах в 2024 г.», в нашем регионе этот показатель составляет 55,4 на 100 тысяч населения. Для сравнения: по всему Сибирскому федеральному округу – 48,2, а по стране – 25,2 на 100 тысяч населения. При этом доля деструктивных форм среди впервые выявленных пациентов – 57,5 (СФО – 45,7, по стране – 46,5 на 100 тысяч населения). Доля фиброзно-кавернозного туберкулеза (хроническая форма вторичного туберкулеза) среди впервые выявленных также превышает аналогичные показатели.

нимает клапанная бронхоблокация, – отмечает Павел Зимонин. – Если говорить о медикаментозной терапии туберкулеза, то требования к ней в целом возросли. Сегодня большое внимание уделяется наличию лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, и лечение подбирается с учетом ее наличия. Оно должно быть ранним, непрерывным, длительным, этапным и своевременным. На мой взгляд, необходимо ужесточить ответственность за нарушение режима лечения, а за отказ от лечения, невыполнение санитарных норм и правил больными пациентами ввести судебное принудительное лечение в условиях изоляции под контролем органов исполнения наказания».

«Золотым стандартом» во фтизиатрии врач называет кропотливую работу по обследованию пациентов, подготовку того базиса, от которого потом можно будет оттолкнуться в лечении, а также применение всех возможных методов лечения для каждого конкретного пациента.

Ирина Савина.  
Фото из личного архива  
Павла Зимонина

## «Никогда не думала, что со мной это может произойти...»

В обществе сложилось мнение, что только в неблагополучных семьях рождаются дети с ВИЧ-положительным статусом. На самом деле это не так: ВИЧ-инфекция может коснуться каждого. Если в вашей жизни нет ситуаций риска и вы придерживаетесь принципов ЗОЖ, то все равно быть полностью уверенным в том, что вас это обойдет стороной, нельзя.

Алтайский краевой центр по борьбе со СПИДом подготовил интервью с женщиной, которая узнала о своем ВИЧ-положительном статусе после родов.

### Начало долгой истории

– Я вышла замуж в 2016 году, и спустя год у нас родился долгожданный малыш. Все было хорошо, но через три месяца после родов я сильно заболела. Симптомы – сыпь по телу, температура и жуткие боли в желудке. Меня даже положили в больницу. Так как вовремя беременности мои анализы на ВИЧ были отрицательными, к тому же я из благополучной социальной среды, то доктора даже



не подумали проверять меня на данную инфекцию. Оказалось, что у меня была увеличена печень. Возникли подозрения на гепатит и цирроз, но это не подтвердилось. Решили, что на мой организм так повлияли беременность и грудное вскармливание в 33 года. Мне начали лечить печень курсом антибиотиков. На первый взгляд, все пришло в норму. Меня выписали из больницы. Дальше все шло хорошо. Но когда ребенку исполнилось месяцев девять, проблемы появились у него. Симптомы – как у меня: сыпь и температура. За ребенка я переживала больше, чем за себя, поэтому бросать это на самотек не стала. На этот раз мы начали обследоваться всей семьей: ребенок, я и муж.

Мы сдали кровь на ВИЧ и узнали, что у всех нас положительный статус. И тут я ощутила все стадии принятия: отрицание, гнев, торг и так далее... Я никогда не думала, что это может произойти со мной, а тем более с девяти-месячным малышом. Началась наша долгая история.

### Пока не коснется тебя лично

– Мы встали на учет и начали учиться принимать наш диагноз. Конечно, я не понимала, как и где мы могли заразиться. Первая мысль: «В роддоме», – но специалисты мне сказали исключить эту версию.

Как я уже упомянула, мой ВИЧ-статус в период беременности был отрицательный. Муж в это время находился в командировке, он физически не мог сдать никакие анализы. В роддоме



Продолжение на стр. 30 >>

«Продолжение. Начало на стр. 29»

меня обследовали – я была здоровой. Беременность проходила хорошо, и я была спокойна. Я даже предположить не могла, что так все обернется. Оказывается, для достоверного результата теста на ВИЧ необходимо, чтобы прошло, в среднем, не менее трех месяцев с момента инфицирования.

ВИЧ-инфекция попала в нашу семью от мужа. Вдаваться в подробности я не хочу, все сами все понимают. Мне было очень тяжело простить его, ведь это не просто измена – теперь наша семья должна жить по-другому. Конечно, его действия не были намеренными, он сам ничего не знал.

Первый год был очень трудным, ведь я ничего не знала о ВИЧ. Я даже не слышала про существование центра СПИД в Барнауле. Мы пытались принять ВИЧ, а лично я еще пыталась простить мужа. Я его винила во всем. Муж понимал, что у меня нормальная реакция на его поступок. Разводиться не стали. Мы любим друг друга, у нас совместный ребенок и один диагноз на троих. Я его простила. С трудом, но простила. С того времени прошло уже восемь лет, и об этом у нас никто не вспоминает. Все уже произошло, к чему ворошить прошлое? Мы идем в наше доброе будущее.

### Важна поддержка близких

Я боялась кому-то говорить про положительный ВИЧ-статус, мне было почему-то стыдно. Но мы решили рассказать близким родственникам. Наши родители, моя родная сестра – все нас поддержали. Безусловно, в глубине души им было тревожно за нас, но они не подали вида, понимали, что нам на тот момент было тяжелее.

У моей сестры есть дети. Ее младший ребенок – ровесник моего, у них небольшая разница в возрасте. На подсознательном уровне я думала, что она запретит своему ребенку общаться с моим ВИЧ-положительным. Я с сестрой обсуждала эту тему, она сказала, что у нее даже мыслей таких не было. А сейчас признается, что вообще забывает об этом диагнозе. Наши

малыши часто проводят время вместе: играют, парятся в бане, едят и пьют из одной емкости. Меня это очень радует, добавляет сил на дальнейшую жизнь. Очень важно чувствовать поддержку близких.

Помимо родственников, знают еще несколько человек – например, доктора. Когда пришло время ставить прививки, я все рассказала нашему педиатру. Врач была максимально компетентна в данном вопросе, убедил меня, что об этом больше никто не узнает.

### Кому открыть диагноз

– Мы принимаем антиретровирусную терапию (АРТ), постоянно наблюдаемся и соблюдаем все рекомендации врачей. Но в садике о диагнозе не знали, в школе тоже не знают. Да, мы законные представители, но мы не можем принимать решение за ребенка: кому говорить, а кому не говорить. Чтобы открыть кому-то диагноз, нужно обязательно хорошо подумать. Если мы сейчас начнем повсюду открывать положительный ВИЧ-статус ребенка, не навредит ли ему это в дальнейшей жизни? Рассказывать или нет – это право должно быть у него.

Сейчас вирусная нагрузка у нас в организме равна нулю. Мы безопасны для окружения. По вечерам у нас проходит семейный ритуал – принимаем «волшебные витаминки». Ответственность за ребенка берет верх, поэтому мы не позволяем никому пропускать прием антиретровирусной терапии. Ребенок пока не знает о своем диагнозе, но он понимает, что есть таблетки, которые он должен пить: звенит будильник, и он бежит за «витаминкой». Конечно, ребенок уже задает вопросы; пока мы говорим, что это обычные таблетки, похожие на те, которые принимают его братья, чтобы не болеть. Но мы показываем ему познавательные мультфильмы на тему ВИЧ-инфекции. Скорее всего, лет в 10-11 все ему обязательно расскажем. В этом возрасте его психика окрепнет, и он будет больше понимать. Наш ребенок очень открытый, у него много друзей и знакомых, переживаем, что

### Для справки

Специалисты центра СПИД напоминают, что каждая женщина при постановке на учет по беременности и в дальнейшем неоднократно сдает анализы на ВИЧ-инфекцию. Обязательно проходите эти обследования, чтобы быть уверенными не только в собственном состоянии здоровья, но и в состоянии здоровья вашего будущего малыша. Если у вас положительный ВИЧ-статус, проконсультируйтесь со своим лечащим врачом, чтобы определить ваши следующие шаги.

он может сказать что-то лишнее, так как он еще не понимает, что можно говорить, а что нет.

### Какая у нас жизнь сейчас?

– Да, ВИЧ-инфекция изменила нашу жизнь, но совершенно ее не ухудшила. Жить с ВИЧ не так сложно, просто надо чуть больше внимания уделять себе и своему здоровью. У меня любимая и любящая семья, много друзей, интересная работа. Я довольна своей жизнью, мне нравится та действительность, в которой живу, и то, чем занимаюсь.

Тем, у кого ВИЧ, я хочу сказать: это не показатель того, что с вами что-то не так. Да, на данный момент общество не готово принимать людей с ВИЧ, но вы можете принять себя сами. Главное, чтобы те, кто только узнал о своем статусе, не теряли время, а сразу переходили к действию – к лечению.

И я бы хотела дать совет людям, у которых нет ВИЧ-инфекции: регулярно проходите обследование, ведь ВИЧ не имеет симптомов. Это заболевание уже не является болезнью определенных групп населения. Это действительно может коснуться каждого.

Информация и фото предоставлены Алтайским краевым центром СПИД

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!».

Хочу выразить огромную благодарность фельдшеру КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Бийск» **Павлу Викторовичу Кравченко**. У ребенка (3 года) не сбивалась температура. На вызов приехал этот замечательный человек. Успокаивал малышку после постановки укола. Четко и спокойно объяснял, что нужно делать. Помог сесть в машину скорой помощи с ребенком, а также выйти из машины. Молодец, очень вежливый человек. Настоящий профессионал, знаток своего дела. Побольше бы таких врачей. Всей семьей желаем Павлу самого крепкого здоровья и терпения.

*Евгения Брониславовна Сердцева*

Хочу выразить благодарность бригаде скорой медицинской помощи КГБУЗ «Косихинская ЦРБ»: фельдшеру **Юлии Сергеевне Дубининой**, водителю **Андрею Николаевичу Ломакину**, врачу-терапевту **Татьяне Егоровне Запольской**, медицинской сестре приемного покоя **Светлане Владимировне Ярошевич** за своевременное оказание неотложных, высококвалифицированных медицинских мероприятий и помощи, даже не входящих в их служебные обязанности!

*Инна Сахарова*

Хотелось бы оставить отзыв на работу заведующей неврологическим отделением КГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 14, г. Барнаул» **Татьяны Сергеевны Рыжковой**. Наблюдаюсь у нее уже несколько лет. Очень грамотный специалист, все тщательно обследует, установит диагноз и назначит подходящее лечение. Человек с повышенной ответственностью, с чувством сострадания к пациентам, поможет и словом, и делом. Очень хочется поблагодарить Татьяну Сергеевну и сказать огромное спасибо за все!

*Яна Евгеньевна Ломакина*

Благодарю специалиста КГБУЗ «Алтайский врачбно-физкультурный диспансер», врача своего дела **Елену Ивановну Воранкову** за ее профессионализм, знание своего дела, индивидуальный подход к каждому. Таких бы специалистов побольше – и были бы все здоровые. А также инструктора ЛФК **Наталью Анатольевну Ерохину**, она отдается работе полностью, после ее занятий я стала лучше сгибать ноги и разгибать. Нога стала меньше болеть и лучше двигаться. Также специалиста в физиокабинете. Весь персонал очень вежливый, специалисты от Бога. Я рада, что мне довелось с ними встретиться. Очень помогли. Рекомендую. Большое спасибо!

*Е. Н. Чередникова*

Хотела бы выразить свою благодарность за неоценимый труд доктору фильтр-бокса КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 5, г. Барнаул» **Алине Владимировне Пожидаевой**. Несмотря на огромную загрузку, доктор всегда уделит максимум внимания, находит подход к ребенку, добрая, отзывчивая, внимательная, всегда дает полезные и прекрасные советы, а самое главное – быстро. Народа правда очень много, но, несмотря на огромную загрузку, не приходится долго ждать, даже если перед нами уже имеется большая очередь. Огромное ей спасибо за труд.

*Н. А. Панова*

От всей души благодарю коллектив сотрудников хирургического отделения КГБУЗ «Центральная районная больница, г. Заринск» за чуткость, профессионализм, отзывчивость, внимательность и индивидуальный подход к каждому пациенту! Спасибо вам за ваши золотые руки и добрые сердца!

*Любовь Ивановна Некрасова*

Моя семья бесконечно благодарна за спасение моей мамы А. А. Величко от страшного, тяжелейшего заболевания, за грамотную, добросовестную, четкую работу настоящих профессионалов КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Бийск», врачей **Армана Нуржановича Кожемярова**, **Дмитрия Александровича Резнера**, **Станислава Владимировича Романюка**, **Галины Васильевны Кравченко**. Врачей, проводивших консилиум, которые помогли маме решиться на операцию. Огромная благодарность медицинскому персоналу: **Елене Михайловне Лобовой**, девочкам-медсестрам, санитарочкам (к сожалению, не помню всех имен), всему обслуживающему персоналу за чуткое отношение к больным и родственникам больных, за отзывчивость, за идеальный порядок в отделениях, за прекрасное питание. Низкий вам поклон, всех вам благ!

*Анна Геннадьевна Астанина*

Хотелось бы выразить глубокую благодарность доктору-неврологу КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» **Анне Александровне Богомоловой**! Очень внимательный и чуткий подход к пациентам. После подобранного ею лечения хочется, и не просто хочется, а получается жить полноценной жизнью! Таких врачей клонировать бы, да пока невозможно. Огромное ей спасибо!

*Елена Николаевна Безредина*





## Кардинальные изменения в поликлинике горбольницы № 10

В поликлинике горбольницы № 10 Барнаула после ремонта медицинскую помощь могут получить около 40 тысяч человек, из которых около 9 тысяч – дети. Это в том числе жители поселков Южный, Центральный, Бельмесево, Борзовая Заимка. Сейчас специалисты регулярно используют аппараты УЗИ и ИВЛ, флюорограф, дефибриллятор, гастрофиброскоп и многое другое современное оборудование. Условия здесь изменились кардинально. В том числе благодаря этому сюда приходят работать новые специалисты: в 2023 году приняли 11 врачей, в прошлом году – 7 врачей и 12 средних медработников.

Информация и фото предоставлены пресс-службой Минздрава Алтайского края



В выпуске использованы фотографии с сайта [zdravalt.ru](http://zdravalt.ru), из архива редакции и открытых источников сети Интернет: [altai.aif.ru](http://altai.aif.ru), [mediabrest.by](http://mediabrest.by), [dzen.ru](http://dzen.ru), [almed24.ru](http://almed24.ru)