

Мы и ЗДОРОВЬЕ



№ 5 (743) 19 мая 2025 г. | Издается с 17 июня 1994 г.

С Днем Победы!

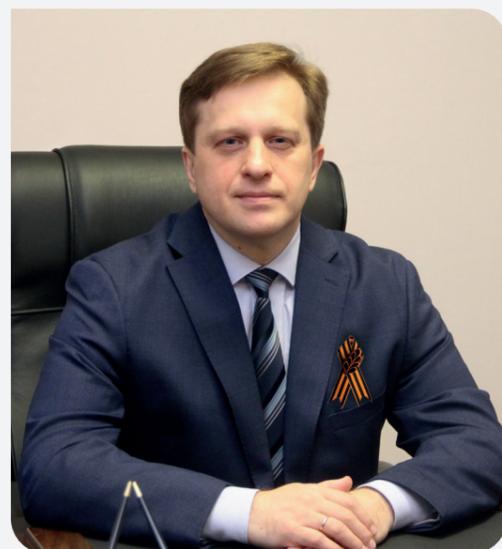
➤ Стр. 2

Медик всегда готов!

➤ Стр. 15

По законам жизни

➤ Стр. 23



Дмитрий Попов
министр здравоохранения
Алтайского края

С Днем Победы!

Уважаемые ветераны! Дорогие жители Алтайского края!

От всей души поздравляю вас с Днем Победы! Это великий праздник, который напоминает нам о мужестве и стойкости наших героев, отстоявших свободу и независимость нашей Родины.

Подвиг медицинских работников во время Великой Отечественной войны был величайшим. Тысячи врачей, фельдшеров и медсестер оказывали неоценимую помощь бойцам на передовой и в госпиталях, проявляя истинную самоотверженность и заботу о каждом пациенте. Они рисковали своими жизнями, чтобы спасти жизни других, и их героизм никогда не будет забыт.

Алтайский край также внес значительный вклад в дело медицинского обеспечения военных действий. Здесь работали госпитали, где лечили раненых солдат, а многие медицинские учреждения стали центрами по подготовке специалистов. Наши земляки выполняли свой долг с честью, не щадя сил и времени, чтобы облегчить страдания фронтовиков.

Мы чтим память тех, кто отдал жизнь за наше будущее, тех, кто воевал на фронте и трудился в тылу. Их подвиг навсегда останется в сердцах поколений.

В этот день хочу пожелать всем крепкого здоровья, мира и спокойствия в ваших домах. Только вместе мы сможем преодолеть любые трудности и сохранить мирное небо над головой. Желаю вам здоровья, мира и счастья!

221 экстренное стентирование пациентов с ОКС



Региональный сосудистый центр и кардиологическое отделение Центральной городской больницы Бийска обеспечивают полный цикл кардиологической помощи для жителей Бийска и Бийского медико-географического округа.

Региональный сосудистый центр на базе Центральной городской больницы был открыт 1 декабря 2024 года в рамках национального проекта «Здравоохранение». В нем размещено 48 коек для оказания медицинской помощи и 12 реанимационных коек.

Специалисты регионального сосудистого центра (РСЦ) и кардиологического отделения ЦГБ г. Бийска оказывают медицинскую помощь жителям Бийского медико-географического округа с населением более 400 тысяч человек. Современное оснащение позволяет оказывать как плановую, так и экстренную медицинскую помощь при остром коронарном синдроме (ОКС).

С момента открытия РСЦ было проведено 221 экстренное стентирование пациентов с ОКС.



С начала 2025 года 345 пациентов получили плановую кардиологическую помощь. В рамках данного направления работы проводятся диагностические коронарографии и плановые стентирования.

В кардиологическом отделении 105 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) получили комплексную терапию, включая современные схемы медикаментозного лечения. А также медицинская помощь оказана 130 пациентам с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями, такими как гипертоническая болезнь, аритмии и другие.

– Региональный сосудистый центр и кардиологическое отделение Центральной городской больницы Бийска обеспечивают полный цикл кардиологической помощи: от экстренных вмешательств при инфарктах миокарда до плановой диагностики и лечения ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности – отметил **Артем Николаевич Вереветинов**, заведующий региональным сосудистым центром ЦГБ Бийска.

Работа регионального сосудистого центра расширила возможности оказания высокотехнологичных видов помощи, что улучшает доступность специализированной медицинской помощи для жителей Бийска и Бийского медико-географического округа.

Самые сложные ЛОР-операции теперь и в Бийске

Городская больница № 2 получила современную систему эндоскопической визуализации, ее закупило Министерство здравоохранения Алтайского края за счет средств регионального бюджета. Стоимость оборудования – более 8,5 млн рублей.

– Новая система позволяет проводить операции, которые были невозможны на прежнем оборудовании, например, полисинусотомия, когда вскрываются все пазухи носа. Сейчас же, при высоком качестве визуализации, наши возможности вышли на новый, более качественный уровень, – отметил заведующий отоларингологическим отделением городской больницы № 2 **Александр Троценко**.

Теперь жителям Бийска не придется ездить в Барнаул. На новой эндоскопической стойке врачи-хирурги отоларингологического отделения городской больницы № 2 уже провели более 100 операций.

– Помимо современной системы эндоскопической визуализации, больница приобрела новый микроскоп для проведения операций оториноларингологического профиля. Это оборудование преимущественно используется для экстренного оперативного вмешательства, – рассказал главный врач городской больницы № 2 **Алексей Карнаухов**.



Строительство ФАП в Ребрихинском районе



В рамках нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь» в этом году в селе Усть-Мосиха, что в Ребрихинском районе, появится новый фельдшерско-акушерский пункт. Недавно рабочие приступили к строительству здания. Местные жители каждый день наблюдают, как у будущего медучреждения появляются стены и крыша.

В здании предусмотрены процедурный кабинет, кабинет приема, помещение для хранения лекарственных

средств, санузел и подсобные помещения. ФАП оснастят новым оборудованием и мебелью. Кстати, он примет участие в проекте регионального Министерства здравоохранения «Умный ФАП». Благодаря специальной программе появятся возможность телемедицинских консультаций, дополнительное оснащение, единый стандарт работы фельдшеров и чат-бот для пациентов.

По плану, ФАП распахнет свои двери уже летом. Немаловажно, что в Ребрихинском районе в этом году должен появиться еще один фельдшерско-акушерский пункт - в селе Зимино.

Всего в Алтайском крае работают 836 фельдшерско-акушерских пунктов. В 2025 году в регионе планируют построить 27 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов и три врачебные амбулатории.

Медики Мамонтовского района присоединились к акции «Сад Победы»



Акция «Сад Победы» направлена на сохранение природы родного края и исторической памяти о подвиге ветеранов Великой Отечественной войны. Также она приурочена к 80-летию Великой Победы.

В проекте приняли участие медики Мамонтовской ЦРБ, а также неравнодушные жители райцентра. В природном заказнике имени снайпера А. Ф. Кочегарова вместе они высадили

свыше 2,5 тысяч молодых деревьев сосны. Мероприятие прошло в теплой обстановке, во время работы многие участники рассказали о героях из своих семей, которые отстаивали наше право жить под мирным небом над головой.

Участие в подобных акциях подчеркивает важность преемственности поколений и необходимость заботы об окружающей среде.

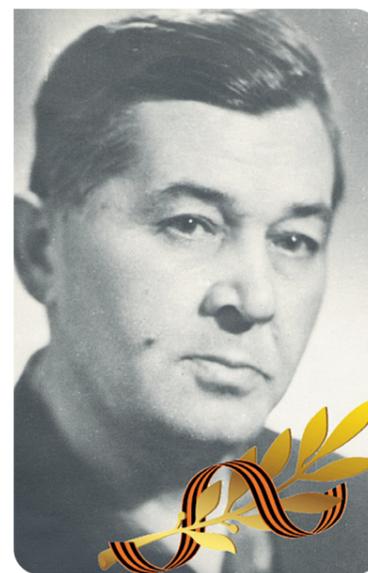
Медицинские работники в годы Великой Отечественной войны внесли немалый вклад в приближение Победы. Имена одних широко известны – например, хирурга Александра Чеглецова и санинструктора Веры Кашеевой. Другие не снискали большой славы, но память о них жива.

Сергей Ильиных

Сергей Гаврилович родился 25 сентября 1918 года в городе Камышлове Свердловской области, в семье служащего. Детство его прошло в Бийске, там он окончил школу № 6 в 1935 году. В том же году он поступил на первый курс Новосибирского государственного медицинского института. В 1940 году окончил лечебный факультет с отличием. Свою трудовую деятельность Сергей Ильиных начинал преподавателем в Бийском медицинском училище. В 1941 году был направлен в Горно-Алтайскую автономную область, где стал работать в участковой больнице, которая обслуживала несколько горных сел.

9 октября 1941 года его призвали в ряды Советской армии. С августа по ноябрь 1942-го воевал на Брянском фронте командиром терапевтического отделения. Затем, до февраля 1943-го, в должности младшего врача полка нес службу на Донском, Юго-Западном и Степном фронтах. В 1943-м был повышен до старшего врача полка и лечил раненых на Центральном и 2-м Белорусском фронтах. С октября 1943-го и до самой Победы командовал эвакуационным отделением на 1-м Белорусском фронте. Сам был

Ратный труд алтайских медиков



ранен однажды – в самом начале своего фронтового пути. Закончил войну Сергей Гаврилович на Эльбе, западнее Берлина, в звании майора медицинской службы.

За боевые заслуги был награжден орденом Отечественной войны II степени, орденом Красной Звезды, медалями «За отвагу», «За освобождение Варшавы», «За взятие Берлина», «За победу над Германией».

С 1946 по 1951 год Сергей Ильиных возглавлял службу скорой помощи в городе Бийске. Это было тяжелое время становления службы, когда не хватало и специалистов, и транспорта.

С 1951 года Сергей Гаврилович работал на хирургическом приеме во второй поликлинике, вел практические занятия со студентами и продолжал читать курс хирургии в медицинском училище.

За многолетнюю безупречную работу Сергею Гавриловичу было присвоено звание «Отличник здравоохранения». Его жизненный путь закончился 21 июля 1972 года.

Екатерина Ерина

Екатерина Андреевна Ерина родилась 25 декабря 1918 года в селе Завьялово. В 1938 году после учебы в Троицком районе окончила курсы медицинских сестер и стала работать в Завьяловской районной больнице.

17 сентября 1941 года Екатерина Андреевна была призвана Завьяловским райвоенкоматом. Была распределена в 5-ю роту 321-й пехотной дивизии 1801-го стрелкового полка. Служила на санитарном поезде, на котором переправляли раненых бойцов с фронта в госпитали. Сама была ранена и в начале сентября 1942 года отправлена лечиться в московский госпиталь.

После восстановления вернулась в строй, была медсестрой на временном военном санитарном поезде ВВСП № 1163. Участвовала в бое под Смоленском. Затем вывозила раненых бойцов из-под Сталинграда в госпитали городов Саратов и Балашов. Однажды их поезд попал под бомбежку, вагон, в котором находилась Екатерина Андреевна, загорелся, в пожаре погибло 30 человек, она чудом осталась жива.

Военные дороги провели ее по всей Европе. Участвовала в боях под Сталинградом, весной 1944 года была в Одессе, потом – Молдавия, Югославия, Румыния. Победу она встретила в Австрии – по пути в Вену поступила радиограмма с приказом об остановке поезда. И тут прозвучало долгожданное слово: «Победа!»

Демобилизовалась Екатерина Андреевна по Указу Верховного Совета 24 ноября 1945 года, так как



со дня капитуляции Германии и по ноябрь 1945 года военные медики все еще продолжали вывозить раненых солдат с мест сражений.

За нелегкий ратный труд Екатерина Андреевна получила много наград и среди них особую – медаль «За оборону Сталинграда».

После демобилизации Екатерина Андреевна вернулась в свой родной Завьяловский район, работала медсестрой в детском доме в селе Гонохово. В 1956 году пришла работать в детскую поликлинику патронажной медицинской сестрой. Детей любила безоглядно, потому и работало с ней в этой должности легко и споро. С малышами Екатерина Андреевна проработала вплоть до самого ухода на пенсию. Многие жители села с благодарностью вспоминают эту маленькую, добрейшую, всегда готовую прийти на помощь и очень ответственную медсестру.

Екатерины Андреевны не стало 2 марта 2012 года.

Использована информация сайта Министерства здравоохранения Алтайского края

«Им нужна наша поддержка»



Ольга Ефремова, Лидия Нестерова, Надежда Жданова (слева направо)

Ежегодно 5 мая акушерки по всему миру отмечают свой профессиональный праздник.

И каждый год выбирается актуальная общемировая тема этого дня. В этом году тема Международного дня акушерки – «Акушерки: решающая роль в любой кризисной ситуации», что подтвердило жизненно важную работу медицинских специалистов акушерского профиля.

В отделениях патологии беременности родильных домов как раз в полной мере видна роль акушерки не только как медицинского специалиста, но и как психолога, помогающего в кризисной ситуации. Часто сюда попадают молодые женщины перед родами, и это первое пребывание в стационаре в их жизни. Они переживают за ребенка, за то, как все пройдет, у них разные сроки беременности, разные диагнозы, но всем им очень нужна поддержка, и получают они ее в первую очередь от акушерок.

«Девочки, не бойтесь ехать в отделение патологии, как боялась я. Здесь потрясающие медсестры, санитарочки, раздатчицы. Обеспечивают комфорт, уютную обстановку», – написала недавно в отзыве пациентка родильного дома горбольницы № 3.

В отзыве акушерки названы медсестрами, но только потому, что в массовом сознании акушерка – это человек, принимающий роды, хотя в разных отделениях роддома и в женских консультациях тоже работают акушерки.

В отделении патологии этого роддома дольше всего работают акушерки **Ольга Владимировна Ефремова** (она старшая акушерка отделения), **Лидия Анатольевна Нестерова** и **Надежда Сергеевна Жданова**.

Ольга Ефремова

Ольга Ефремова и Надежда Жданова были однокурсницами в Барнаулском базовом медицинском колледже (ББМК), поступив туда в 2001 году, закончили учиться в 2004-м и в

том же году пришли на работу в родильный дом № 1 в отделение патологии. Обе выбрали медицину после школы, а в процессе учебы – специализацию в акушерстве. Ольгу Владимировну привлекало то, что акушерская специальность тогда позволяла быть самым разносторонним средним медицинским специалистом. Надежду Сергеевну завораживала связь акушерства с появлением новой жизни. Но обе отметили, что главное в их работе – это общение с женщинами: принять, разместить, успокоить, все объяснить, выполнить назначения врача, подготовить к операции или переводу в родзал, быть нужной каждую минуту во время суточного дежурства, – без этого они уже не представляют своей жизни.

Ольга Владимировна рассказала, что обязательно берет одно дежурство в неделю, чтобы не перестать чувствовать профессию изнутри. Уже шестой год она работает старшей акушеркой отделения, в ее ведении семь акушерок, шесть человек младшего персонала, все вместе они обеспечивают комфортное пребывание и соблюдение назначений врачей для примерно 50 пациенток ежедневно. Решиться перейти на эту должность было непросто, но колоссальная поддержка старших коллег, **Людмилы Николаевны Тереховой** и **Натальи Вячеславовны Орешкиной**, много лет проработавших старшими и главными акушерками, помогла Ольге Владимировне сделать выбор, и он оказался правильным. В роддоме удивительный коллектив старших медсестер и акушерок отделений, их работа во многом схожа, и они всегда поддерживают друг друга, это помогает создавать во всем родильном доме доброжелательную атмосферу, которую всегда отмечают пациентки.

Ольга Владимировна любит коллектив, который находится в ее подчинении, старается понять всех и на любого человека может положиться. Когда беседует с потенциальными кандидатами на работу в отделении, обязательно отмечает позитивность места: светло, тепло, комфортно, вокруг беременные женщины и самые

профессиональные врачи акушеры-гинекологи, – лучшего и представить невозможно. Из трудностей профессии отмечает работу ночью, но без нее невозможно в акушерской профессии.

В свободное от работы время Ольга Владимировна очень любит читать, навещать своих родителей в деревне. Любит пойти куда-то с мужем и сыном, выехать на природу, иногда на рыбалку. У нее прекрасная семья – муж и девятилетний сын-третьеклассник, который как раз во время нашей беседы позвонил и сказал, что уроки в школе закончились, он идет домой и из дома еще раз перезвонит.

Всем коллегам акушеркам Ольга Владимировна пожелала терпения, сил, здоровья, добра и мира всем семьям.

Надежда Жданова

С Надеждой Сергеевной Ждановой начали разговор как раз с семьи. Она оказалась практически целиком медицинской: у мужа своя зуботехническая лаборатория, в которой Надежда Сергеевна помогает в свободное от акушерских дежурств время, их старшая дочь оканчивает школу и собирается учиться на стоматолога. Причем медиков в семье до Надежды с мужем не было; получается, они начали медицинскую династию, хотя поддерживают разносторонние увлечения дочерей: старшая окончила художественную школу, младшая тоже рисует, занимается бисероплетением и плаванием. Старшие Ждановы любят в свободное время покататься на лыжах, прогуляться на свежем воздухе, сходить в кино, отдохнуть на даче.

Такая гармония получается во многом оттого, что Надежда считает: непосильных задач не бывает, как в жизни, так и в работе. Ее не пугают ночные дежурства и работа практически без выходных. «Отдых – это смена деятельности, – считает она. – Я люблю женщин, мне важно общение

с ними. Чувствую, что им тяжело, тревожно, что им нужна наша поддержка, стараюсь ее дать. Замечаю, что женщины откликаются, успокаиваются, правильно настраиваются».

Пациентки замечают такое отношение и пишут об этом в своих отзывах: «Отдельная любовь – Надежда Сергеевна Жданова. Провела ликбез по вопросам сумки в роддом, объяснила каждый пункт. А ее утреннее: «Доброе утро, девочки! На давление проходим», – всегда с улыбкой, что поднимало настроение на весь день». Или: «Самая замечательная звездочка отделения – Жданова Надежда Сергеевна, она была моим психологом, выслушает, утешит, посоветует. И как раз в ее смену, 16 февраля, у меня начались схватки, она меня очень сильно поддержала».

Надежда Сергеевна рассказала о том, из чего складывается рабочий день акушерки отделения патологии беременности. Она работает уже 21 год и досконально знает все составляющие своей специализации. Придя на дежурство, акушерки проверяют листы назначения, работают по ним (таблетки, системы, инъекции). Записывают КТГ, измеряют давление, готовят пациенток к плановым операциям, капают им лекарство в глаза перед приемом окулиста и выполняют еще множество разных профессиональных задач, при этом делают необходимые записи в журналы. В течение дня принимают женщин, поступивших в отделение, и переводят в родзал тех, у кого начинается родовая деятельность. Работы много, но вся она хорошая и интересная. Теплая атмосфера в родильном доме помогает чувствовать себя как дома и дает силы.

В профессиональный праздник Надежда Сергеевна пожелала коллегам здоровья, семейного благополучия, терпения, профессионального развития, достойной оценки их труда.

Продолжение на стр. 8 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 6-7»

Лидия Нестерова

Независимо друг от друга и Ольга Ефремова, и Надежда Жданова своим учителем в профессии назвали Лидию Анатольевну Нестерову. Надежда вспомнила, что самое ее первое дежурство в роддоме было с Лидией Анатольевной.

Лидия Анатольевна Нестерова рассказывает, что мечтала быть медиком и хотела заниматься именно акушерством. Готовилась, но не поступила в медицинский институт и пошла учиться в Барнаульское базовое медицинское училище (ныне ББМК), училась там с 1990 по 1993 год. Сразу пришла работать в родильный дом № 1 и работает уже 32 года в одном отделении. За эти годы наставничество естественным образом стало неотъемлемой частью ее деятельности. Лидия Анатольевна смеется, говоря, что даже не помнит, скольким акушеркам помогла освоиться в профессии. Она не видит в этом своей миссии, говорит, что просто так сложилось: когда она пришла работать, вокруг были все взрослые акушерки, а потом как-то так вышло, что взрослой стала она, и пришлось по традиции передавать накопленный опыт молодым. Своими наставниками в профессии считает уже ушедших на заслуженный отдых акушеров **Веру Александровну Зорину, Людмилу Павловну Картавых, Тамару Валентиновну Пукель.**

Начинать было страшно и тяжело. Лидия Анатольевна вспоминает, что особенно сложно было бороться со сном по ночам. Но привычка работать сутками пришла быстро, ведь работа не только сложная, но и интересная. За смену тратится много моральных и физических сил (с каждой пациенткой нужно поговорить, приободрить ее), но понимание важности того, что делаешь, помогает восстановиться. Помогает и сложившаяся за многие годы теплая и доброжелательная атмосфера в роддоме, приятно, когда женщины это замечают.

А женщины это замечают и отмечают в своих отзывах: «В отделении патологии я не всех запомнила, но Лидию Анатольевну забыть не могу: накануне родов шутили с ней, в итоге она меня и провожала в родзал!» Или: «Хочу сказать огромное спасибо акушеркам патологии Надежде Сергеевне Ждановой и Лидии Анатольевне Нестеровой, которые с пониманием отнеслись к моим сумбурным ответам после бессонной ночи, быстро оформили, взяли анализы и уложили спать».

Когда расспрашивали Лидию Анатольевну про семью, обратили внимание, что о дочери и внуке она рассказывает с большой теплотой и любовью, они, конечно же, родились в первом роддоме. Дочь окончила школу с медалью и вуз с красным дипломом, в медицину не пошла, посмотревшись на дежурства мамы, да она и по складу ума математик. Внуку скоро четыре года, и он составляет основное счастье бабушки, занимая почти все ее свободное время, хотя оно остается еще и на увлечения – чтение книг и тренажерный зал.

Коллегам в День акушерки Лидия Анатольевна желает в первую очередь здоровья, терпения, благополучия и достойной оценки их труда. Молодым, выбирающим акушерскую профессию, Лидия Анатольевна советует выбирать в первую очередь сердцем. Без огромного желания и любви к своему делу в медицине, а особенно в акушерстве невозможно.

Материалы предоставлены
пресс-службой
госбольницы № 3

Ежегодно 24 мая отмечается Всемирный день осведомленности о шизофрении. Он призван привлечь внимание к проблеме психического здоровья и повысить уровень информированности о шизофрении.

Нашим читателям об этом заболевании рассказала **Любовь Леонова, врач-психиатр, заведующая женским общепсихиатрическим отделением № 2 КГБУЗ «АККПБ им. Ю. К. Эрдмана».**

Шизофрения – это психическое расстройство, характеризующееся значительными изменениями в восприятии, мыслях, настроении и поведении. Риск развития шизофрении в течение жизни имеют 0,7–1% населения. В «срезовых» (одномоментных) исследованиях шизофрению выявляют примерно у 0,4% населения. В России специалисты психиатрической службы наблюдают около 570 тысяч пациентов с шизофренией.

Прежде предполагалось, что распространенность шизофрении в разных странах мира приблизительно одинакова. В настоящее время признается, что существуют значимые различия в заболеваемости, связанные с распространенностью ряда факторов риска и разной доступностью медицинской помощи

Риск развития заболевания у мужчин и женщин примерно одинаков. Наибольшая заболеваемость – в раннем взрослом возрасте (18–30 лет), в 80% случаев заболевают в возрасте до 40 лет. Женщины в среднем заболевают на несколько лет позже мужчин и болеют легче.

Шизофрения - тайна психики



Причины возникновения

До сих пор нет единого мнения по поводу причин возникновения и механизма развития этого заболевания. В настоящее время есть несколько актуальных теорий.

Инфекционная. Она утверждает, что основной причиной некоторых случаев заболевания является взаимодействие развивающегося плода с патогенами (вирусами) или с антителами матери, которые образовались в ответ на эти патогены. Согласно некоторым исследованиям, воздействие определенных вирусов на плод (например, гриппа), особенно в конце второго триместра, вызывает дефекты в развитии нервной системы, которые могут предрасполагать к развитию шизофрении. Инфекционную теорию можно считать разновидностью дизонтогенетической теории, предпола-

гающей связь между развитием шизофрении и нарушениями на ранних этапах развития плода.

Генетическая (теория наследственной предрасположенности). Родственная связь с больными шизофренией значительно увеличивает риск развития заболевания (около 10%, если болен один из родителей, и около 40%, если больны оба). Обнаружено более 100 генов-кандидатов развития шизофрении, большинство из них отвечают за регуляцию аутоиммунного ответа.

Нейрофизиологическая. Для больных шизофренией характерны выраженные функциональные и структурные изменения головного мозга. Эти нарушения могут быть связаны с нарушениями закладки и развития нервной ткани.

Нейромедиаторная. Основана на повышенной активности нейромедиатора дофамина – вещества, участву-

ющего в передаче нервных импульсов.

Психологические теории. В семьях больных шизофренией могут быть особые способы воспитания в условиях когнитивной неопределенности (ребенок не знает наверняка взгляды и установки родителя, не может предугадать его поведение). Согласно **психоаналитической теории**, к развитию шизофрении приводят расщепление между истинным и социальным эго и нарушение отделения от материнской фигуры.

Формы шизофрении

Параноидная – встречается чаще всего. Основное проявление – относительно стабильный, обычно параноидный бред, который часто сопровождается слуховыми галлюцинациями и другими нарушениями восприятия. Патологий в сфере эмоций, воли, речи и кататонических симптомов чаще всего нет или они относительно слабо выражены.

Гебефреническая. При этой форме заболевания на первый план выходят аффективные нарушения в виде вычурного и непредсказуемого поведения и маньеризма (манерничанья). При этом бред и галлюцинации выражены слабо. Настроение у больных лабильное (неустойчивое), неадекватное, мышление грубо разорвано. У больных гебефренической формой шизофрении серьезно страдает уровень социального функционирования. Вследствие быстрого нарастания дефекта в эмоционально-волевой сфере прогноз для пациентов неблагоприятный.

Кататоническая шизофрения проявляется ярко выраженными чередующимися приступами психомоторных нарушений: колебаниями между гиперкинезом (психомоторным воз-

Продолжение на стр. 10 >>

«Продолжение. Начало на стр. 8-9»

буждением) и ступором или пассивным подчинением и негативизмом. На фоне длительно сохраняющейся скованной позы случаются внезапные состояния психомоторного возбужде-

Факты

Болезнь одинаково передается как по женской, так и по мужской линии. Если в семье болен отец, и сын унаследовал от него какие-то характерологические особенности, то вероятность передачи шизофрении сыну резко возрастает. Если характерологические особенности переданы сыну от здоровой матери, то вероятность формирования болезни у сына минимальна. Соответственно, по женской линии имеется та же закономерность.

Формирование шизофрении чаще всего происходит при совокупности факторов: наследственности, конституциональных особенностях, патологии во время беременности, развитии ребенка в перинатальном периоде, особенностях воспитания в раннем детстве. Хронические и сильные острые стрессы, а также алкоголизация и наркомания до и во время беременности могут стать провоцирующими факторами для возникновения шизофрении у детей.

ния, что очень характерно для данной формы заболевания.

Простая форма шизофрении. Характеризуется отсутствием бреда и галлюцинаций при ярко выраженной неадекватности, амбивалентности в социуме, аутизации, эмоциональной неадекватности, амбивалентности. Как правило, такой вариант заболевания протекает очень медленно, злокачественное течение наблюдается крайне редко.

Манифестация шизофрении

У болезни есть типичные признаки, которые проявляются до развития шизофрении. Среди них – отсутствие близких дружеских или романтических отношений; сниженный интерес к командным видам спорта и предпочтение одиночных активностей (прослушивание музыки, увлечение компьютерными играми); пассивность, интровертированность; увлечение философией и религией. У некоторых людей могут внезапно развиваться обсессивно-компульсивные черты, появляются странности в поведении, необычные идеи и увлечения.

Заболевание, как правило, начинается задолго до первой госпитализации и проявляется неспецифическими жалобами: головными болями, болями в спине или мышцах, слабостью, утомляемостью, проблемами с пищеварением.

Члены семьи и близкие друзья могут отметить, что человек справляется с бытовыми, социальными и профессиональными делами хуже, чем раньше.

В настоящее время активно разрабатываются способы диагностики и вмешательства, которые могли бы предотвратить дебют шизофрении, но на данный момент показано только симптоматическое лечение имеющихся симптомов.

Фазы шизофрении

В зависимости от типа течения шизофрении выделяют несколько фаз (стадий) заболевания.

Преморбидная – еще до развития заболевания люди с риском шизофрении имеют типичные личностные черты (эти пациенты тихие, спокойные, интровертированные).

Продромальная – период неспецифических жалоб.

Манифестная стадия (стадия психоза) – обострение заболевания с развитием острого психотического расстройства.

Межприступный период (остаточная стадия). В результате лечения может быть достигнута полная или частичная ремиссия со стабильным/нарастающим дефектом или без него. При непрерывном течении заболевания возможно отсутствие ремиссии.

Рецидив (возвращение симптомов).

Особые формы шизофрении

Фебрильная шизофрения (смертельная кататония) – неотложное состояние с развитием кататонической симптоматики (ступором, повторением слов и действий окружающих, хаотичным возбуждением с агрессией и др.), повышением температуры тела, общезлобовыми и менингеальными синдромами вследствие отека головного мозга. Является осложнением шизофрении и шизоаффективного расстройства. Встречается сравнительно редко.

Шизофрения в форме затяжного пубертатного приступа – клиническая форма шизофрении, развивающаяся в подростковом периоде. Проявляется неврозоподобной и психопатоподобной симптоматикой, сверхценными или бредовыми идеями, философской и метафизической интоксикацией. Характерны стремление к самоутверждению и поведенческие нарушения.

Детская шизофрения

Формы детской шизофрении группируются по возрастному критерию. Шизофрения дошкольного возраста характеризуется преобладанием в дебюте негативной симптоматики заболевания. У ребенка быстро угасает психическая активность, уменьшается

На заметку

Социально-психологические последствия шизофрении:

- Снижение качества жизни самих больных и их близких.
- Социальный «дрейф» – снижение социального уровня.
- Люди с таким заболеванием реже вступают в брак и имеют меньше детей.
- Больные могут совершать тяжкие преступления, но также чаще становятся их жертвами.
- Высокие социальные издержки общества на помощь больным.
- Продолжительность жизни меньше в среднем на 10 лет.
- 5% больных совершают завершённый суицид.
- Высокая распространенность и тяжесть соматических заболеваний в связи с длительным пребывани-

ем в состоянии эмоционального напряжения, нездоровым образом жизни, побочными эффектами лекарственной терапии, повышением риска наследственной предрасположенности к ряду соматических заболеваний.

- Больные не получают адекватной медицинской помощи из-за своих волевых расстройств, не критичности (в том числе к своему соматическому состоянию), бедности.
- Стигматизация больных шизофренией в глазах врачей: думая только об опасности больных, некоторые врачи сознательно или бессознательно отказывают им в соматической терапии.

преобладание продуктивной, а не негативной симптоматики в клинике заболевания. Также учитывается высокий уровень социального функционирования и личностной автономии в периоде, предшествующем заболеванию.

Ухудшить прогноз может негативное отношение общества к людям с шизофренией, а именно критические высказывания, враждебное отношение. Авторитарный стиль общения в семье также повышает риск развития рецидива.

Что нужно делать, чтобы избежать шизофрении

Так как точная причина развития шизофрении не известна, то и меры профилактики разработать сложно. В качестве первичной профилактики можно рекомендовать медико-генетические консультации. Больных шизофренией и их супругов необходимо предупредить о повышенном риске возникновения психического расстройства у их потомков.

Вторичная и третичная профилак-

тика заключается в ранней диагностике шизофрении. Раннее выявление заболевания позволяет эффективно пролечить первый психотический эпизод и установить длительную ремиссию.

Как вести себя с больным шизофренией

Людам, чей близкий человек болен шизофренией, рекомендовано следить за тем, чтобы он своевременно принимал лекарства, и мотивировать пациента на лечение. Нужно отмечать изменения его в поведении и при необходимости обращаться за медицинской помощью. Близкие люди помогают больному организовать быт и распорядок дня, следят, чтобы он хорошо высыпался, не принимал алкоголь и другие психоактивные вещества. А также помогают найти адекватные способы справляться со стрессом, в том числе с помощью психосоциальных методик.

Продолжение на стр. 12 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 8-11»

Когда нужно обратиться к врачу

Лучше всего это сделать при первых признаках шизофрении. Ранние симптомы могут быть у мужчин и у женщин – это затруднения в речи, проблемы со сном, внезапные приступы смеха или плача, пренебрежение своим внешним видом, склонность к уединению и агрессивная реакция на критику.

На прием желательно взять с собой медицинские документы, если вы уже наблюдались у других специалистов. Это позволит врачу лучше оценить ваше состояние и подобрать соответствующее лечение.

Шизофрения может проявляться в разнообразных эмоциях – от детского лепета до серьезных галлюцинаций и суицидальных мыслей. Для точного диагноза понадобятся медицинское обследование и детальное интервью о вашем состоянии и истории болезни родственников. Кроме того, могут быть проведены нейротест и, при необходимости, МРТ головного мозга. Ранняя диагностика и правильно подобранное лечение могут привести к ремиссии в 50% случаев, а 25% пациентов полностью освобождаются от симптомов.

Важно начать терапию сразу, при первых признаках заболевания. Если диагноз подтвержден, врач предложит соответствующее лечение, включая медикаментозную коррекцию острых симптомов, таких как депрессия, тревога и проблемы со сном.

Информация предоставлена
КГБУЗ «АККПБ
им. Ю. К. Эрдмана»

Дело в йоде



Всемирный день здоровья щитовидной железы приходится на 25 мая. Этому органу уделяют большое внимание, поскольку именно щитовидная железа выступает своеобразной фабрикой гормонов. Любой сбой в ее работе

**Подозрительные узлы**

Алтайский край входит в число неблагоприятных регионов по количеству патологий щитовидной железы. Эпидемиологические исследования в крае не проводились довольно давно. Кроме того, нередко пациенты

отражаются на состоянии всего организма. Каковы критерии здоровой щитовидной железы и что делать, если в ней появляются изменения, узнаем у нашего эксперта – врача-эндокринолога высшей категории Надежды Новиковой.

обращаются в частные клиники, а это значит, что точной статистикой эндокринологи не обладают. Но даже по имеющимся данным, среди всех заболеваний щитовидной железы лидирует нетоксический зоб – 52% случаев. В четверти случаев специалисты имеют дело с гипотиреозом – сниженной деятельностью железы. По данным же

российского регистра, узловой зоб составляет от 30 до 70% в структуре патологий данного органа.

«Узловой или многоузловой зоб – собирательное клиническое понятие. Оно объединяет все пальпируемые очаговые образования в железе, которые имеют различные морфологические характеристики. Так, узловой коллоидный зоб – заболевание щитовидной железы, возникающее в результате очаговой пролиферации тиреоцитов (эпителиальных клеток щитовидной железы, в которых происходит синтез гормонов. – Прим. ред.) и накопления коллоида. Узловой или многоузловой токсический зоб – состояние, при котором стойкая патологическая гиперпродукция тиреоидных гормонов обусловлена формированием в железе автономно функционирующих тиреоцитов. При функциональной автономии щитовидной железы происходят независимый от влияния тиреотропного гормона захват йода и продукция тироксина тиреоцитами», – поясняет Надежда Новикова.

По словам эксперта, факторов для развития нетоксического узлового зоба множество, но наиболее частая причина – дефицит йода. И диффузный эндемический зоб, и узловой коллоидный зоб входят в спектр йододефицитных заболеваний. При этом на ранних стадиях развития зоба у подростков и молодых людей происходит компенсаторная гипертрофия тиреоцитов – увеличение их размеров.

«Формирование в щитовидной железе узловых образований расценивается как инволюция органа на фоне диффузного эндемического зоба в условиях хронического йододефицита. Все реакции стимулируются и контролируются тиреотропным гормоном (ТТГ), однако его уровень при диффузном нетоксическом зобе не повышается. В ходе целого ряда исследований получены новые данные об ауторегуляции щитовидной железы йодом и аутокринными ростовыми факторами. По современным представлениям, повышение продукции ТТГ или повышение чувствительности к нему тиреоцитов имеет лишь второстепенное значение в патогенезе йододефицитного зоба. Основ-

ная же роль отводится аутокринным ростовым факторам, которые также содержатся в железе, – рассказывает эндокринолог. – При дефиците йода они активируются, что приводит к увеличению роста тиреоцитов, увеличению фолликулов и трансформации их в узловые образования. Кроме того, снижается образование йодлипидов – веществ, сдерживающих пролиферативные эффекты ростовых эндокринных факторов. Все это приводит к увеличению щитовидной железы и образованию йододефицитного зоба.

Помимо дефицита йода, появлению новообразований будут способствовать экологические факторы, прием некоторых лекарств и курение. Причиной образования узлов может стать ионизирующее облучение. Частота их появления намного больше у людей, получивших повышенную дозу радиации, а также у тех, кто работает на предприятиях, чья деятельность связана с использованием ядовитых веществ, тяжелых металлов, топлива, лаков и красок. Усугубляют состояние стрессы и чрезмерные физические нагрузки.

Кроме того, эндокринологи будут учитывать наследственную отягощенность.

Сигналы от щитовидной железы

«На протяжении длительного времени наличие узлов не будет отражаться на функциях щитовидной железы. Однако увеличение их размеров приводит к сдавлению тканей, появляется деформация органа. Это может сопровождаться дискомфортом и неприятными ощущениями. Чаще узлы встречаются у женщин старше 60 лет, и вероятность их появления в 6–8 раз выше, чем у мужчин, – отме-

чает Надежда Новикова. – Самостоятельно диагностировать заболевание невозможно – узлы длительное время развиваются, никак не проявляя себя и не давая сбой в организме. Как правило, обнаружить проблему удается в ходе плановых осмотров либо при обследовании, связанном с другими отклонениями, – во время пальпации, поскольку узлы легко прощупываются. Чаще всего эти формирования небольшого размера, гладкие, округлые, плотные и эластичные, но все же отличаются от здоровых тканей. Опасным симптомом является одновременное увеличение лимфатических узлов, что может говорить о злокачественном перерождении клеток».

По словам врача, узлы делятся на два основных типа – доброкачественные и злокачественные. В нашем регионе в 95% случаев эндокринологи выявляют доброкачественный вариант. «Это могут быть коллоидные, фолликулярные аденомы, кисты и другие образования щитовидной железы. Они могут активно продуцировать гормоны и оставаться нетоксичными в течение долгих лет. Картина заболевания во многом зависит от образа жизни пациента, состояния его здоровья и прочих факторов, – поясняет эксперт. – Если говорить о кистах, то это полые образования в виде мешочка, заполненного жидкостью или же пустого. В большинстве случаев они имеют доброкачественный характер и не несут угрозу жизни и здоровью пациента, если не нарушают работу других органов. Как правило, отличаются небольшими размерами».

Основные причины возникновения кист – нарушения работы гормональной системы, которые могут происходить в том числе вследствие воспалительных заболеваний, воздействия вирусов. Немаловажную

роль играют также нарушения работы щитовидной железы, которые могут происходить в том числе вследствие воспалительных заболеваний, воздействия вирусов. Немаловажную

Дефицит йода – главная причина возникновения узлового коллоидного зоба и нарушения функций щитовидной железы.

Продолжение на стр. 14 >>

«Продолжение. Начало на стр. 12-13»

роль также играют дефицит йода и наследственная предрасположенность. Кроме того, травмы шеи способны спровоцировать нарушение работы щитовидной железы и, как следствие, развитие кист.

Узлы и кисты обнаруживаются не только во время медицинских осмотров. Пациенты самостоятельно обращаются к специалисту, когда обнаруживают увеличение щитовидной железы. Такие выраженные деформации в области шеи свидетельствуют о внушительных размерах образований – на таком этапе их диаметр может достигать 3 см и более, отмечает эндокринолог.

«Пациенты жалуются на ощущение кома в горле, проблемы с глотанием, першение в глотке, боли в области шеи и головы, затрудненное дыхание, изменение голоса или полную его потерю, появление кашля, – рассказывает Надежда Новикова. – Дискомфорт появляется при сдавлении близких к органу анатомических структур. Если автономные узлы активно продуцируют гормоны, развивается гипертиреоз – повышенная функция щитовидной железы. В этом случае ярко проявляются такие субъективные симптомы, как тахикардия, приливы, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, раздражение и агрессия, наблюдается экзофтальм – выпуклость глаз».

Большое внимание при обследовании эндокринологи уделяют одиночным узлам – солитарные образования часто являются злокачественными. Уплотнение отличается стремительным ростом, твердой консистенцией, сопровождается изменениями со стороны лимфатической системы. При их выявлении врачи стараются провести максимально полную диагностику. Она подразумевает осмотр, где врач оценивает не только внешний вид, но и эмоциональное состояние и поведение пациента. «При пальпации щитовидной железы можно выявить узлы у 3–7% людей, не имеющих никаких симптомов. Поэтому мы обязательно направ-

ляем пациента на ультразвуковое исследование – его чувствительность значительно повышает возможности пальпации, которая чаще всего позволяет заподозрить наличие патологии и выявляет узлы чаще всего до 1 см в диаметре, – продолжает Надежда Новикова. – Когда мы впервые выявляем узел более 1 см, то направляем пациента на тонкоигольную аспирационную биопсию – пункцию щитовидной железы. Далее по данным гистологии мы делаем вывод о характере образования. Если это коллоидный узел (доброкачественное образование), то пациенту рекомендуем наблюдение у эндокринолога. Когда происходит сдавливание соседних тканей, то выходом будет хирургическое решение. Если же характер образования указывает на его злокачественность, то в таком случае щитовидную железу удаляют».

Еще один важный компонент диагностики – исследование крови. У пациентов оценивают уровень гормонов щитовидной железы и определяют титр антител к клеткам щитовидной железы. Если узлы выявлены впервые, также оценивают уровень гормона кальцитонина, который является маркером медуллярного рака щитовидной железы.

«Когда рост узла сопровождается ростом количества гормонов щитовидной железы, развивается тиреотоксикоз. В таком случае назначается консервативное лечение, а в случае его неэффективности – оперативное. Объем оперативного вмешательства зависит от степени поражения органа. Многочисленные же узлы, как правило, развиваются в диффузный зоб», – говорит эксперт.

Здоровье щита

По словам врача, прогноз при узловых образованиях щитовидной железы определяется гистологической формой. Поэтому важно вовремя обращаться к специалисту, чтобы тот на диагностическом этапе дифференцировал образования, установил правильный диагноз и подобрал тактику дальнейших действий.

При доброкачественных образо-

Важно!

По нормативам ВОЗ:

- детям до 5 лет необходимо 90 мкг йода в сутки;
- детям 6–12 лет – 120 мкг/сутки;
- подросткам и взрослым – 150 мкг/сутки;
- беременным и в период грудного вскармливания – 250 мкг/сутки.

ваниях щитовидной железы эндокринологи рекомендуют динамическое наблюдение – 1 раз в год проходить УЗИ и определять уровень гормонов. «При наличии кист и мелких узлов мы рекомендуем прием йодосодержащих препаратов и витаминов, избегание инсоляции, облучения, проведения физиопроцедур в области шеи, если есть узловые образования», – подчеркивает Надежда Новикова.

Эндокринолог обращает внимание на то, что дефицит йода – главная причина возникновения узлового коллоидного зоба и нарушения функций щитовидной железы. Поэтому важно поддерживать его оптимальный уровень на протяжении всей жизни. Эксперт рекомендует обогащать рацион морепродуктами – морской капустой, рыбой, употреблять в пищу йодированную соль, травы, богатые йодом (на Алтае, например, это дурнишник обыкновенный), а также принимать комплексы с органическим йодом. К слову, важен не только йод, но и селен – один из участников синтеза тиреоидных гормонов. Его также можно получать из продуктов или же принимать дополнительно. Существуют и так называемые зобогенные продукты, которые содержат тиоцианаты – вещества, способные поражать щитовидную железу. Они содержатся в турнепсе, репе, капусте – цветной, брюссельской, брокколи и других. Их эндокринолог рекомендует употреблять в умеренном количестве.

Ирина Савина

Медик всегда готов!



Сотрудники Мамонтовской центральной районной больницы массово сдали нормативы Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Всего вызов приняли тридцать человек – десять врачей, семь медицинских сестер, четыре фельдшера, водитель машины скорой помощи, а также регистраторы, секретарь, экономист и бухгалтер. Все они успешно сдали нормативы ГТО и получают значки.

В перечне испытаний были пулевая стрельба, бег на два километра, прыжки с места, отжимания, упражнения на пресс, наклоны.

«Каждый из нас вложил максимум усилий, чтобы достичь поставленных целей. И знаете что? Мы не только выполнили нормативы, но и превзошли

собственные ожидания! Мы невероятно гордимся нашей командой и ее достижениями. Спортивный дух и стремление к победе – вот что делает нашу компанию особенной», – написали участники в телеграм-канале своего учреждения.

– Я пошла сдавать нормы ГТО, чтобы узнать, на что способна, доказать самой себе, что смогу сдать на «золото», – пояснила врач ультразвуковой диагностики **Карина Федотова**.

– Фельдшер скорой должен быть физически и морально подготовлен к любой внештатной ситуации, поэтому я занимаюсь спортом. А ГТО – возможность проверить свои силы, – это мнение фельдшера СМП **Анастасии Сидоровой**.

– Нужно подавать пример другим сотрудникам, – говорит главная медсестра **Елена Спицкая**, которая сдает нормативы уже во второй раз.

После сдачи ГТО у медиков еще остались силы, чтобы сыграть в пионербол!

Мамонтовские медики уже давно выбрали спортивный образ жизни. В

2024 году команда «Шаги жизни», состоявшая в основном из сотрудников Мамонтовской ЦРБ, приняла участие в чемпионате России по фоновой ходьбе «Человек идущий» и заняла в нем шестое место. Во время этого марафона каждый участник команды в день проходил 20–21 км. Иногда из-за сбоя в приложении, которое вело подсчет пройденного, приходилось проходить в два раза больше. В ходе предварительного и основного этапов члены команды прошагали 900 километров.

Осенью мамонтовцы стали победителями другого федерального спортивного состязания по фоновой ходьбе – открытых межмуниципальных соревнований по проекту «Каждому муниципалитету – умный маршрут здоровья!». В них каждый участник в течение месяца должен был проходить ежедневно по 25 тысяч шагов. К проекту присоединился и главный врач Мамонтовской ЦРБ **Егор Ивлев**. Всего в проекте приняли участие 290 команд из разных уголков страны.

В районе появилась и вторая команда по фоновой ходьбе – «Мамонтенок», в ее составе 15 работников ЦРБ, а капитаном стала регистратор **Ангелика Молокова**. Команда заняла 52-е место в «Человеке идущем», но их успехи еще впереди.

Чтобы показывать высокие результаты в соревнованиях, члены команды поддерживают спортивную форму, занимаясь регулярно. Два раза в неделю проходят тренировки по флорболу (футбол в зале или хоккей с мя-



Продолжение на стр. 16»

«Продолжение. Начало на стр. 15»

чом). Аренду зала для тренировок оплачивает администрация ЦРБ. По договоренности с районным комитетом по спорту медикам выделяют время два-три раза в неделю для тренировок по волейболу и баскетболу. Некоторые сотрудники начали заниматься скандинавской ходьбой. Многие ходят в тренажерный зал, на йогу или стретчинг, зимой бегают на лыжах, а летом катаются на сапах. Водитель машины СМП **Вадим Кулаков** открыл клуб моржевания. Пример спортивного образа жизни подает **Елена Метленок** – она юрист-консультант учреждения (в прошлом медсестра-анестезист) и кандидат в мастера спорта по полиатлону, участница упомянутых соревнований по фоновой ходьбе и других спортивных инициатив. Елена Метленок и врач-биолог **Оксана Сысоева** участвуют в 50-километровых лыжных марафонах и занимают призовые места. По договору, заключенному между администрацией района и общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации», проходят обучение три будущих инструктора ЗОЖ.

25 апреля в Мамонтово стартовала акция «Километры Победы» – фестиваль северной ходьбы. В честь 80-летия Победы участники планировали пройти 80 километров. В спортивном стиле по традиции пройдет и День медицинского работника в июне. В Фестивале спорта медицинских работников Алтайского края медики Мамонтовской ЦРБ также составляют всем конкуренцию. В планах на этот год – принять участие во Всероссийском проекте «Северная ходьба – новый образ жизни».

– Главный врач поощряет всех сотрудников, кто занимается спортом, – они точно реже ходят на больничные, – поделилась Елена Спицкая.

Подготовила Елена Клишина.
Фото предоставлены
Мамонтовской ЦРБ

Пыльца как угроза



В этом году зима выдалась теплой и малоснежной, поэтому и цветение растений началось в более ранние сроки, чем обычно. Это означает, что для аллергиков началась жизнь в режиме повышенной осторожности. Аллергический сезон делится на три периода. Первый – весенний, когда начинают зацветать деревья: в Алтайском крае это береза, ольха, клен и другие. Как вести себя в этот период, чтобы защитить организм от бурной реакции на пыльцу, расскажет врач-аллерголог, иммунолог Наталья Яхнова.



Все средства хороши

«Поллиноз – группа заболеваний, в основе которых лежит аллергическая реакция, возникающая на пыльцу ветроопыляемых растений. Она возникает вследствие неправильной работы иммунной системы человека. Когда пыльца попадает в организм через дыхательные пути, иммунная система ошибочно воспринимает ее как угрозу и запускает защитные механизмы. Это приводит к выработке антител и последующему выбросу биологически активных веществ, вызывающих воспалительные реакции. Довольно часто нам приходится сталкиваться с аллергическим ринитом и аллергическим конъюнктивитом», – говорит Наталья Яхнова.

Как же защитить себя на улице от пыльцы тем, кто уже знаком с поллинозом, и тем, кто впервые с ним столкнулся? «Элиминация (или удаление) причинно-значимых аллергенов – основной немедикаментозный метод лечения аллергии. В случае с пыльцой полностью исключить контакт с аллергеном невозможно, но даже частичное выполнение мер, элиминирующих аллерген, облегчает течение заболевания, уменьшает потребность в количестве потребляемых лекарств, в том числе и сильнодействующих», – отвечает врач-аллерголог и дает следующие подсказки для защиты особо чувствительным людям.

Лайфхак № 1

Избегайте пребывания на улице в дни с максимальной концентрацией пыльцы в воздухе. Пыльца распространяется на километры, а то и сотни километров. Недостаточно ограничить посещение дворов, аллей, парков, где, к примеру, растут березы. Пыльца очень легка и распространяется на внушительные расстояния, особенно в жаркую и ветреную погоду. Напротив, в дождливую погоду концентрация пыльцы в воздухе будет значительно ниже.

Лайфхак № 2

Промывайте нос препаратами для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа, содержащи-

ми изотонический солевой раствор, в том числе препаратами на основе морской воды. Такие средства способствуют разжижению вязкой слизи, улучшению функции эпителия носа, оказывают увлажняющее действие, а также не позволяют пыльце надолго задерживаться на поверхности слизистой оболочки носа.

Лайфхак № 3

Исключите из рациона продукты, вызывающие перекрестные аллергические реакции. Дело в том, что при наличии аллергии к пыльце растений часто отмечаются перекрестные реакции на пищевые продукты. Это связано со схожей структурой аллергенов пыльцы растений и определенного продукта.

«Перекрестная аллергическая реакция может проявляться в виде орального аллергического синдрома – зуд или жжение неба, першение в горле, отек губ, чихание, заложенность носа, зуд век, слезотечение, покраснение кожи вокруг рта, затруднение дыхания, затруднение глотания, отек мягких тканей лица, отек гортани, – поясняет эксперт. – Это может быть контактный аллергический дерматит, который проявится при чистке молодого картофеля, моркови, при нарезании зелени и т. п. Также встречаются системные аллергические реакции – зудящие высыпания по всему телу, тошнота, рвота, боли в животе, расстройство стула. К примеру, у пациентов, страдающих поллинозом весной, частым аллергеном выступают береза, ольха, лещина. При употреблении яблок или косточковых фруктов (слива, вишня, персик, абрикос) могут возникнуть зуд и жжение во рту, чихание, насморк и слезотечение. Береза, ольха, лещина и перечисленные фрукты имеют схожую структуру аллергена, поэтому являются перекрестными аллергенами. Пищевые злаки (пшеничный и ржаной хлеб, булочные изделия, овсяная и манная каши, рис, пшено, макароны, мюсли, пшеничная водка, пиво, квас) – перекрестные аллергены луговых трав (ежа, райграс, тимopheevka). Семена подсолнечника, подсолнечное масло, халва, майонез,

Рекомендации эксперта

- В пик пыления и цветения растений не посещайте парки, леса и поля. Гулять лучше в дни с повышенной влажностью. Для защиты глаз можно использовать очки. По возвращении домой необходимо принять душ, чтобы смыть пыльцу.
- Периодически прополаскивайте горло и промывайте нос соляным раствором.
- Жилище проветривайте и используйте кондиционер или же воздухоочиститель. Пик пыления приходится на утро, поэтому квартиру лучше проветривать перед сном. Можно приобрести сетку «антипыльца» и регулярно протирать ее.
- Не принимайте лекарства, в составе которых – травы, и не используйте косметику с травами.
- Плановые оперативные вмешательства с применением анестезии проводить вне обострения заболевания (поздней осенью-зимой).

горчица, дыня, арбуз, кабачки, тыква, баклажаны, огурцы, капуста, вермуты, манго – перекрестные аллергены с пыльцой подсолнечника, полыни и амброзии. У пациентов с аллергией на пыльцу полыни часто возникает реакция и на пыльцу ромашки, календулы, астры и бархатцев».

Лайфхак № 4

По возможности в период цветения следует выезжать в регионы, где растения, пыльца которых вызывает аллергию, цветут в другое время или вообще там не произрастают (горы на высоте более 1500–2000 метров или морское побережье).

Лайфхак № 5

Не использовать лекарственные и косметические средства растительного происхождения.

Продолжение на стр. 18 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 16-17»

В домашних условиях скрыться от аллергенов также не получится. Поэтому дома необходимо создавать максимально благоприятную среду. «Элиминация аллергена в домашних условиях, в случае поллиноза, предполагает частые влажные уборки. Для проведения и охлаждения помещения по возможности необходимо использовать кондиционер. Если такой возможности нет, орошайте водой из пульверизатора оконные сетки – это сдержит проникнове-

На постоянной основе, длительно более 1–2 месяцев антигистаминные препараты можно применять только по рекомендации врача.

Антигистаминные препараты – главная составляющая лечения поллиноза. «С целью уменьшения выраженности симптомов возможно применение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта (последнего поколения) в дозировках, соответствующих инструкции к препарату, весь период цветения причинно-значимого аллергена. Не рекомендуются к применению антигистаминные препараты первого поколения с седа-

тивным эффектом, поскольку они вызывают быстрое привыкание с дальнейшим отсутствием лечебного эффекта, сонливость и заторможенность. При отсутствии контроля над симптомами заболевания необходимо обратиться к врачу для коррекции терапии. На постоянной основе, длительно более 1–2 месяцев антигистаминные препараты можно применять только по рекомендации врача», – подчеркивает специалист.

Поскольку антигистаминные препараты не лечат заболевание, а лишь снимают симптоматику, аллерголог рекомендует еще до сезона цветения проходить АСИТ – аллерген-специфическую иммунотерапию.

Она подразумевает введение аллергена прививкой, таблетками или каплями под язык – для того, чтобы организм привык и научился справляться с аллергией самостоятельно. АСИТ, как правило, начинают в январе – за 3–4 месяца до начала цветения. Лечение долгое – процедуру выполняют каждый год в течение 3–5 лет.

Ирина Савина

В мае 2025 года исполняется 65 лет КГБУЗ «Краевой психоневрологический детский санаторий». В среднем в год около полутора тысяч детей с неврологическими, психологическими и ортопедическими нарушениями получают здесь нейрореабилитацию и санаторное лечение. Маленькие пациенты приезжают со всего Алтайского края.

История

Изначально, на волне всемирной эпидемии полиомиелита, учреждение было создано как краевой детский санаторий для лечения последствий этого заболевания. Решение было принято в мае 1958 года, а в 1959-м санаторий был открыт. 10 мая 1965 года учреждение было переименовано в краевой детский психоневрологический санаторий.

Первым главным врачом санатория была Людмила Константиновна Прокофьева. Она возглавляла санаторий до своего ухода на пенсию в 1980 году. Ее сменила Валентина Васильевна Шувалова, проработавшая в этой должности 16 лет. Валентина Васильевна стала основателем медицинской династии. По образованию она педиатр, выпускница Одесского медицинского института. Работала участковым педиатром в городе Новочеркасске Ростовской области, затем заведовала детским отделением в госпитале города Нойштрелиц в Германии (там находился советский гарнизон. – Прим. ред.). В 1970-е годы была главным педиатром города Бийска. Ее дочь Лариса Николаевна Игнатенко в 1982 году окончила Алтайский государственный медицинский институт и получила квалификацию «врач-педиатр». В санатории Лариса

С пациентом работает не тренажер, а человек



Николаевна работала с 1983 года в должности врача-невролога, в 2024 году вышла на заслуженный отдых. За время работы Лариса Николаевна неоднократно награждалась почетными грамотами и благодарностями санатория, в 2010 году награждена почетной грамотой Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности. Младшая дочь Валентины Васильевны, Елена Николаевна Грицкая, работала в санатории с 1988 по 1998 год медицинской сестрой по массажу.

В дальнейшем санаторий возглавляли:

- Елена Александровна Правдина (с 1996 г. по октябрь 1998 г.);
- Ольга Петровна Иванова (с 1998 г. по ноябрь 2002 г.);
- Владимир Михайлович Афанасьев (с 2002 г. по май 2004 г.);
- Владимир Михайлович Роменский (с мая 2004 г. по ноябрь 2009 г.);
- Дмитрий Иванович Гармат (с ноября 2009 г. по январь 2023 г.).

В настоящее время обязанности главного врача исполняет заведующий отделением нейрореабилитации,

главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения Алтайского края, врач-невролог Дмитрий Владимирович Паршин.



Настоящее время

С 2017 года санаторий начал работать по профилю «медицинская реабилитация» дополнительно к санаторному лечению, когда было открыто 15 коек медицинской реабилитации по профилю «нейрореабилитация и реабилитация заболеваний опорно-двигательного аппарата». В 2023 году была проведена реорганизация: открыты отделение нейрореабилитации

на 30 коек и отделение санаторного лечения на 60 бюджетных коек.

– В отделении нейрореабилитации мы занимаемся реабилитацией детей с двигательными нарушениями, возникшими вследствие поражения центральной и периферической нервной системы: парезами, параличами, атактическими расстройствами (нарушения баланса, координации движений), мышечной гипотонией. Мы являемся учреждением второго этапа медицинской реабилитации, поэтому работаем с пациентами третьего-четвертого уровня курации, то есть имеющими среднетяжелую и тяжелую формы заболеваний, – пояснил Дмитрий Владимирович. – В отделении санаторного лечения мы принимаем пациентов с теми же самыми заболеваниями, только в более легкой степени тяжести. Плюс санаторное лечение у нас получают дети с неврологическими расстройствами: тиками, нарушениями сна и другими. Также мы оказываем помощь по ортопедическому профилю детям со сколиозами, кифозами, остеохондрозом различной локализации.

По словам специалиста, неврологическая патология у детей – на третьем месте после заболеваний бронхолегочной системы и органов зрения. Такая ситуация сложилась и в целом по России, и в Сибирском федеральном округе, и в регионе.

– Неврологическая патология является, как правило, в раннем возрасте, ее достаточно много, поэтому она и занимает лидирующее место. Кроме того, у детей достаточно много психических, хромосомных нарушений, врожденных аномалий, что отражается и в структуре детской инвалидности, в ней неврологическая патология также занимает третье место после психических расстройств и врожденной патологии.

Продолжение на стр. 20 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 18-19»

Мы работаем с хронической патологией, в основном это детский церебральный паралич. Хроническая патология – это навсегда, в отличие от острых состояний, которые можно вылечить. При хронической патологии мы можем только улучшить качество жизни пациента. Соответственно, наша задача – максимально реализовать потенциал пациента в его двигательной сфере, если говорить о ДЦП. Кроме того, результат зависит от степени тяжести заболевания: чем оно тяжелее, тем сложнее добиться какого-либо выраженного эффекта. Никому в мире еще не удалось перевести ребенка с ДЦП из более тяжелой степени в более легкую, так как формирование уровня двигательной регуляции закладывается внутриутробно. Однако мы добиваемся положительных результатов в рамках реабилитации. Если дети не могли ползать, самостоятельно перемещаться, имели болевые синдромы, то в качестве эффекта может быть более свободное, более самостоятельное перемещение, улучшение походки. У таких детей часто закономерно формируются вторичные ортопедические нарушения (такие как контрактуры, деформации, вывихи бедер), и одним из этапов реабилитации считается хирургическое лечение. После него мы опять берем их на реабилитацию и стараемся сформировать максимально правильную, максимально энергетически выгодную для пациента позу и стереотип движения. Среди наших пациентов есть дети, которые раньше могли ходить только с ходунками, а сейчас занимают инваспортом – плаванием, следж-хоккеем, и мы верим, что наш

вклад в их успехи тоже присутствует. Отдельные пациенты (это зависит от показаний) получают в санатории по три-четыре курса реабилитации в год. Для других целесообразно получить только два курса в год. Если пациент поступил после хирургического лечения, то промежутки между реабилитацией более короткие – месяц-полтора, а курсов реабилитации может быть от двух до четырех. Продолжительность перерывов зависит в том числе и от медицинских особенностей реабилитации: после некоторых физиопроцедур пациенту нужно отдохнуть два-три месяца.

Наш санаторий вошел в федеральную программу дооснащения учреждений медицинской реабилитации, и в 2023 году мы получили необходимое оборудование – например, беговые дорожки с биологической обратной связью (БОС), тренажеры для активно-пассивной разработки верхних и нижних конечностей с БОС, механический имитатор ходьбы.

Новое, современное оборудование – это, конечно же, хорошо, однако для эффективной реабилитации в первую очередь нужны люди – инструкторы по двигательной реабилитации. И ни один даже самый продвинутый тренажер не сможет столь же эффективно оказать помощь человеку, как другой человек.

В настоящее время в санатории ситуация с кадрами достаточно неплохая. У нас работают пять массажистов, два инструктора ЛФК, инструктор-методист ЛФК, врач ЛФК. Штат среднего медицинского персонала укомплектован на сто процентов. В своей работе мы используем как классические методы ЛФК и массажа, так и авторские:

Справка «МиЗ»

Санаторий работает с детьми, имеющими следующие заболевания:

- детский церебральный паралич;
- нервно-мышечная патология;
- последствия нейроинфекций;
- последствия травм центральной и периферической нервной системы;
- задержки речевого развития и другие нарушения речи;
- неврозы и неврозоподобные состояния (тики, энурезы, заикания);
- головные боли;
- нарушения поведения, гиперактивность, нарушения внимания;
- школьная дезадаптация;
- последствия скелетных травм;
- кифозы, сколиозы, остеохондрозы.

например, рефлекторную гимнастику по методу Войты, элементы Бобат-терапии, тейпирование. Нельзя не сказать о подразделении физиотерапии, где пять медицинских сестер по физиотерапии помогают детям более эффективно добиться успеха в лечении и реабилитации. Для минимизации спастических нарушений активно применяется ботулинотерапия. Сотрудники постоянно проходят обучение и специализацию. Коллектив с хорошей подготовкой, внимателен к пациентам, работает с полной ответственностью.

В лечении используются различные физиотерапевтические методики, тепловые и водные процедуры, лечебная гимнастика, массаж, логопедические занятия, психологическая коррекция, механотерапия.

Санаторий является базой Алтайского государственного медицинского университета и сотрудничает непосредственно с кафедрой восстановительной медицины.

Подготовила Елена Клишина.
Фото предоставлено КГБУЗ «Краевой детский психоневрологический санаторий»



Общий стаж – более ста лет



В апреле юбилей отметило КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 7, г. Барнаул». С 1980 года ее бессменным главным врачом является Людмила Репина. Их общий совместный стаж составляет 105 лет – 60 лет учреждению и 45 лет им руководит Людмила Владимировна.

Поликлиника трех районов

Детская поликлиника начала принимать маленьких пациентов Железнодорожного района и их родителей 1 апреля 1965 года. Поликлиника располагалась тогда по адресу: ул. Советской Армии, 144, и занимала первый этаж пятиэтажного дома. К ней было прикреплено примерно 8500 ребятшек. Было организовано 10 педиатрических участков. Так как район обслуживания был очень протяженным, уже

в следующем году для приближения медицинской помощи к детям было решено открыть филиал на ул. Фурманова, 12. Район Черемушек быстро застраивался, и детское население в поликлинику прибывало большими темпами, так как это был район молодых семей. Количество пациентов на территории обслуживания поликлиники уже превышало 30 тысяч. На некоторых участках невозможно было подсчитать точное количество детского населения, были участки, где детей было свыше 2 тысяч. Из-за нехватки



площадей в самом учреждении часть пациентов была передана в поликлинику № 10.

В 1972 году в городе был образован Ленинский район, и поликлиника № 7 стала первой, которая обслуживала живущих в нем детишек. Но это продолжалось недолго, потому что в том же году часть детей передали в только что открывшуюся поликлинику № 8, которая обслуживала и взрослое, и детское население.

В конце 1970-х вдоль Павловского тракта шло бурное строительство жилья, и в 1980 году открылся еще один филиал поликлиники – по адресу: Павловский тракт, 78. Следующий появился в 1986-м, когда началась застройка района ул. Островского и ул. Юрина. Его адрес: ул. Юрина, 202б. В 1993 году была реорганизована молочная кухня на ул. Островского, 29, и на освобожденных площадях открыли диагностическое отделение.

В декабре 2013 года, после процесса реорганизации в форме присоединения, детская городская поликлиника № 7 стала правопреемником детской городской поликлиники № 8 и обслуживает детское население трех районов города: Железнодорожного, Индустриального и Ленинского.

В настоящее время детская поликлиника № 7 является одной из крупных детских поликлиник нашего города, обслуживает около 21 000 детей. Помощь детям оказывается в разных направлениях. В ней ведут прием такие узкие специалисты, как невролог,

Продолжение на стр. 22 ➤

«Продолжение. Начало на стр. 21»

офтальмолог, хирург, отоларинголог, детский гинеколог, эндокринолог, ортопед, физио-терапевт, кардиолог, детский стоматолог.

От медсестры до главного врача

Вся трудовая деятельность Людмилы Владимировны Репиной связана с седьмой детской поликлиникой. С 1969 по 1970 год она работала здесь участковой медицинской сестрой, далее поступила в Алтайский государственный медицинский институт и после его окончания в 1976 году вернулась в поликлинику на должность врача-педиатра. Спустя три года ее назначили заведующей педиатрическим отделением, а еще через год, в 1980-м, главным врачом.

Людмила Владимировна – высококвалифицированный специалист, имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Имеет сертификаты по специальностям «Педиатрия» и «Организация здравоохранения и общественное здоровье». В настоящее время – внештатный эксперт-педиатр Министерства здравоохранения Алтайского края.

Под ее успешным руководством все эти годы поликлиника идет в ногу со временем, участвует в различных проектах, таких как «Увеличение доли рабочего времени врачей для осуществления приема пациентов

в медицинской организации», «Увеличение доступности приема врача-педиатра», «Организация кабинета выдачи справок, маршрутизация пациентов по цели обращения». Их реализация позволила почти на 30% повысить доступность первичной медико-санитарной помощи для прикрепленного населения, увеличить удовлетворенность услугами поликлиники пациентов, удовлетворенность своей работой персонала, сократить сроки ожидания медицинской помощи.

Проект «Новая модель медицинской организации» предполагает создание пациентоориентированной медицинской организации. Ее отличают доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественное оказание медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий.

В соответствии с региональным проектом «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» была проведена большая работа по укомплектованию учреждения. Показатели укомплектованности составляют: врачи – 95%, средний медперсонал – 97,4%, что выше плановых значений. Большое внимание уделяют молодым специалистам. Успешно реализуется программа наставничества: за последние три года доля молодых специалистов в коллективе составила 30%. Более 65% врачебного персонала и более 60% сред-

него медицинского персонала имеют первую и высшую квалификационные категории специалистов. Сотрудники учреждения ежегодно принимают участие в конкурсах «Лучший врач года», «Лучшая медицинская сестра» и занимают призовые места. Людмила Владимировна всячески способствует профессиональному росту подчиненных и гордится их успехами.

В детской поликлинике № 7 особое внимание уделяют профилактическим осмотрам, своевременному выявлению патологий развития у детей, диспансерному наблюдению и лечению детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, детей, находящихся под опекой. Эти категории охвачены диспансерными осмотрами полностью. В учреждении одним из первых в городе организован и эффективно работает кабинет диспансеризации. Большое внимание уделяется реабилитации детей-инвалидов.

В 2014 году к учреждению была присоединена детская поликлиника № 8, и Людмила Владимировна возглавила уже объединенный коллектив. Присоединение позволило сократить административно-управленческие расходы, увеличить коэффициент использования оборудования, повысить эффективность и качество оказания медицинских услуг.

Людмила Владимировна пользуется огромным уважением и заслуженным авторитетом у коллег и пациентов. За многолетний профессиональный труд была неоднократно поощрена: Благодарность Президента Российской Федерации, знак «Отличник здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ, медаль «За заслуги перед обществом», Благодарность Губернатора Алтайского края (2021 год), почетные грамоты Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, администрации города Барнаула, Алтайского краевого Законодательного собрания и другие.

Информация и фото предоставлены КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 7, г. Барнаул»



По законам жизни

Около 40 000 операций, свыше 30 000 из них – остеосинтез, более 400 научных работ, 14 монографий, 9 патентов на изобретение, участие в 120 научных форумах. Так коротко в цифрах можно рассказать об итогах работы за четверть века Краевого центра тяжелой сочетанной травмы. Показатели летальности за время его работы снизились с 10,3 до 2,2%. За этой впечатляющей статистикой скрываются тысячи спасенных жизней и годы кропотливых научных и практических трудов. Благодаря чему удается спасти самых тяжелых пациентов, расскажет врач – травматолог-ортопед высшей категории, заведующий травматологическим отделением № 2 ККБСМП, профессор, д. м. н., заслуженный врач РФ Анатолий Бондаренко.



От традиций к современности

Анатолий Бондаренко в травматологии с 1982 года. За сорок с лишним лет в этом направлении медицины произошли колоссальные изменения. «Традиционно травматология ассоциируется с гипсовыми повязками и скелетным вытяжением. Но сегодня данные подходы считаются устаревшими. Дело в том, что за эти годы изменился сам подход к жизни у людей – их не устраивает ухудшение ее качества, никто не хочет длительное

время находиться обездвиженным на кровати. При этом нарушаются базовые потребности человека – ходить в туалет, принимать пищу и так далее, – отмечает Анатолий Васильевич. – Кроме того, долгое пребывание в лежачем положении негативно отражается на здоровье пациентов – возникают гипостатические осложнения в виде пролежней, пневмоний, а также различные осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, из которых одним из самых грозных является тромбоз. У пожилых пациентов происходит обострение хронических

заболеваний. Поэтому сегодня более широко применяют оперативные методы лечения. Гипсовые повязки используют в качестве временных мер, а окончательное решение проблемы – остеосинтез (хирургическая операция по сопоставлению (репозиции) и фиксации костных отломков при переломах. – Прим. ред.)».

Особенно это касается внутрисуставных переломов, их лечение осуществляется по следующим принципам. В первую очередь, выполняется прецизионная репозиция – все костные обломки должны быть сопоставлены точно, без смещений. После этого место перелома фиксируют так, чтобы у пациента появилась возможность работать конечностью. «Для нормального функционирования сустава необходима смазка, которая выделяется внутри него и обеспечивает питание суставного хряща. При обездвиживании этого не происходит, и, как следствие, развивается контрактура (ограничение подвижности сустава), на разработку которой могут уходить месяцы и даже годы, и не всегда этот процесс заканчивается успешно, – поясняет Анатолий Бондарен-



Продолжение на стр. 24 >>

«Продолжение. Начало на стр. 23»

ко. – Гипсовая повязка не позволяет сопоставить отломки точно. Этот факт стал стимулом для поиска оптимальных решений. Именно поэтому травматология сегодня ориентирована на остеосинтез. Чтобы добиться удовлетворительного результата, у пациента перелом должен быть сопоставлен, удержан, и человек при этом способен пользоваться травмированной конечностью.

С течением времени больше возможностей появилось и в диагностике. Если 40 лет назад в распоряжении травматологов были лишь рентгенограммы, которые давали плоскостное изображение, и врачи не могли в полной мере оценить характер полученных повреждений, то сегодня их выручает мультиспиральная компьютерная томография, которая обеспечивает многоплоскостное изображение. «С его помощью мы можем полностью определить характер повреждения и принять меры к его надежной фиксации. Если раньше диагноз «тромбоз» мы могли установить на основании косвенных клинических признаков, то сегодня при помощи методов УЗИ точно видим, есть ли тромб в сосуде, фиксированный он или нет к стенке и т. д. Дело в том, что пациенты после операции быстро активизируются, нам важно увидеть образование тромба и вовремя принять меры – установить кава-фильтр, так называемую ловушку для тромба, и предупредить смертельное осложнение. Безусловно, все это вывело травматологию на качественно новый уровень и помогло сохранить сотни жизней», – подчеркивает Анатолий Васильевич.

На высоких скоростях

Все изменения диктует время. За последние десятилетия количество автомобилей стало больше, а вместе с этим увеличилось число дорожно-транспортных происшествий. Кроме того, активно развивается высотное строительство. «Эти факторы добавили пациентов с высокоэнергетическими травмами, стало больше тяжелых больных. Если раньше пре-

обладали изолированные травмы, то при лобовых столкновениях страдает не только опорно-двигательный аппарат, но и центральная нервная система (черепно-мозговые травмы и повреждения спинного мозга). Им зачастую сопутствуют травмы внутренних органов, переломы ребер и травмы грудной клетки с повреждениями легких, тупые травмы живота с повреждением паренхиматозных органов, что сопровождается обильным кровотечением, угрожающим жизни. Таким образом, возникает политравма – состояние, когда страдает сразу несколько систем и органов, – поясняет заведующий отделением. – И поскольку медицина всегда шла по линии специализации, когда каждый специалист занимается своей профильной проблемой, то возникла потребность в создании отделения, где соберутся все необходимые специалисты и помогут пострадавшему. В связи с этим в 2000 году на базе нашего стационара было открыто такое отделение, где пациента осматривают и лечат все необходимые специалисты – от травматолога до нейрохирурга. Каждый из них оказывает специализированную помощь, следит за больным и свои действия согласует с другими. Если решать проблемы поочередно, можно потерять драгоценное время. Так, если отложить лечение травм опорно-двигательного аппарата, то в дальнейшем это будет сделать сложнее – образуются периостальные разрастания, кости начнут срастаться в неправильном положении, в суставах формируются контрактуры и т. д.»

Как показало время, открытие отделения стало правильным шагом, который значительно улучшил результат лечения тяжелых пациентов. Стоит отметить: отделение тяжелой сочетанной травмы в ККБСМП – единственное в нашем регионе. Более того, во всей стране подобные центры можно буквально пересчитать по пальцам. Сюда доставляют самых сложных

пациентов, поскольку травмы, полученные в результате столкновения автомобилем или падения с высоты, самые тяжелые – открытые и многооскольчатые. «Алгоритм работы с пациентом, получившим политравму, принципиально отличается от работы с изолированной травмой. При сочетанной травме у человека может произойти разрыв печени или селезенки, черепно-мозговая травма, перелом таза – все это грозит обширным кровотечением. Оперировать в таком состоянии нельзя. В первую очередь, такого пациента необходимо стабилизировать, компенсировать кровопотерю. И тут есть нюанс: в эритроцитарных взвесах для переливания крови нет антител, а это означает, что иммунитет к инфекционным агентам у реципиента будет снижен. Если взять такого больного на большую операцию, то его можно потерять. Именно поэтому мы стали активно развивать минимально инвазивный остеосинтез. Все манипуляции выполняются через небольшие разрезы, место перелома не вскрывается; соответственно, кровопотеря отсутствует или сведена к минимуму», – говорит Анатолий Бондаренко.

Благодаря такому подходу среднее время, проведенное пациентом в отделении, – около 15 дней. Но, безусловно, все определяет характер повреждений.

В Краевом центре тяжелой сочетанной травмы принимают и детей. «У них процессы репаративной регенерации идут гораздо быстрее. Если у взрослого можно подождать две недели, то ребенку необходимо как можно быстрее сопоставить отломки костей. Мы первыми в крае проявили инициативу оперировать детей, выполнять у них остеосинтез специальными штифтами – ТЭНами, а также интрамедуллярный остеосинтез и канюлированными винтами», – отмечает врач.

Нерешенных вопросов еще масса, а это значит, что у травматологов – большое поле для научных открытий и практических наработок.

Пионеры алтайской травматологии

Травматологи-ортопеды травматологического отделения № 2 Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи первыми в нашем регионе начали использовать не только интрамедуллярные гвозди и канюлированные винты для остеосинтеза. Именно они впервые стали активно применять электронно-оптические преобразователи при операциях и вести их под рентген-контролем для визуализации состояния отломков в режиме реального времени.

«Мы первыми внедрили внешний остеосинтез аппаратами тазового кольца. Никто до нас не применял пластины с угловой стабильностью. От стандартных они отличаются тем, что в них винт фиксируется, и это гарантирует их прочность. Кроме того, первыми в крае мы стали выполнять внутренний остеосинтез таза и вертлужной впадины. Сегодня для нас это уже стандартная операция», – делится Анатолий Васильевич.

Коллектив отделения всегда в поиске новых решений. Его врачи разработали максимально универсальные тазовые пластины, которые можно использовать при различных анатомических особенностях пациентов.



При работе с проксимальным отделом плеча, который очень часто повреждается у пожилых пациентов, в отделении используют специальные мультилокальные гвозди, которые позволяют через небольшие разрезы выполнить остеосинтез. Малоинвазивный подход очень важен при работе с возрастными больными, у которых остеопороз ограничивает диапазон вмешательств.

Сейчас специалисты занимаются разработкой остеосинтеза ребер и грудины при повреждениях грудной клетки. К слову, в России ограниченное число клиник работают в этом направлении.

«Вопросов, требующих ответов, в травматологии много. Чтобы понять и сделать выводы, накопить практический опыт, нужно часто и много оперировать. Причем важно оперировать абсолютно разный контингент, чтобы убедиться в том, что метод – рабочий», – подчеркивает заведующий отделением. – У нас есть свой оригинальный метод лечения переломов пяточных костей, а также тяжелых инфицированных несращений дефектов ложных суставов. Я убежден: все осложнения, которые возникают при работе травматолога-ортопеда, должны быть им устранены. Это важно, иначе врач продолжит совершать операции, приводящие к осложнениям, и не делать выводов, как избежать

их. Чтобы видеть проблему, нужна практика, важно много оперировать. Наша дисциплина – исключительно прикладная».

В научную деятельность включен весь коллектив. В отделении защищены две докторские и 12 кандидатских диссертаций. Каждая работа – решение какой-либо проблемы. Врачами отделения получены 9 патентов на изобретение, еще несколько ждут одобрения. «Все пациенты, прошедшие стационарное лечение в отделении, продолжают лечиться амбулаторно под нашим наблюдением. Это важно, так как только врач, выполнивший операцию, знает все ее особенности и в случае необходимости может принять соответствующие меры. Наши пациенты занесены в базу, и мы отслеживаем их на всех этапах», – отмечает Анатолий Бондаренко.

Врачи центра не только регулярно принимают участие в специализированных форумах, но и сами проводят ежегодные обучающие семинары на собственной базе для коллег со всей России. Нерешенных вопросов еще масса, а это значит, что у травматологов – большое поле для научных открытий и практических наработок.

Ирина Савина.
Фото предоставлено
пресс-центром
ККБСМП

Разоблачить уловки

Всемирный день без табака ежегодно отмечается 31 мая.

В 2025 году кампания посвящена разоблачению стратегий, которыми пользуются производители табачных и содержащих никотин изделий для того, чтобы сделать свою вредную для здоровья продукцию более привлекательной, в первую очередь – для молодежи.

Несмотря на усилия законодателей и ужесточение правил продажи, как привычные сигареты, так и их электронные версии не теряют популярности ни среди взрослых, ни в подростковой среде.

Гламуризация и ароматизация

По данным ВОЗ, существуют серьезные пробелы в защите детей и подростков от электронных сигарет. Использование в электронных сигаретах любых ароматизаторов запрещено только в четырех странах, и еще четыре страны регламентируют использование конкретных вкусовых добавок. Запрет любых форм рекламы, стимулирования продаж и спонсорства электронных сигарет действует лишь в 11 странах, в 36 государствах действует частичный запрет, еще шесть никак не регламентируют данные вопросы. Эти пробелы делают молодежь особенно уязвимой перед



целевым маркетингом электронных сигарет, сообщается на официальном сайте ВОЗ.

Среди молодежи растут показатели использования содержащей никотин продукции, такой как электронные сигареты и никотиновые паучи. Последние представляют собой смесь целлюлозы, ароматизаторов, никотина и прочих добавок, которую расфасовывают в небольшие бумажные пакетики. Паучи не содержат табак, их не нужно нагревать или сжигать для того, чтобы получить доступ к никотину. Достаточно поместить пакетик между губой и десной и оставить там до тех пор, пока выделяются никотин и вкусовая добавка. После использования пауч выбрасывается.

По информации ВОЗ, в европейском регионе электронные сигареты использовали 12,5% подростков и всего лишь 2% взрослых. В некоторых странах показатели использования электронных сигарет среди детей

школьного возраста в 2–3 раза превышали показатели курения традиционных сигарет. Эта тревожная тенденция наблюдается и в нашей стране.

Чтобы подогревать интерес молодежи к своей продукции, производители пользуются различными приемами. К числу распространенных относятся:

- использование ароматизаторов и вкусовых добавок, которые предназначены для маскировки резкого вкуса и запаха табака и повышения его вкусовой привлекательности;
- целевой маркетинг – элегантный дизайн изделий, привлекательная упаковка и кампании в цифровых медиа используются для гламуризации вредных продуктов;
- обманчивый дизайн продукции – некоторые изделия имитируют сладости или игрушки, что делает их привлекательными для детей и подростков.

Эти приемы не только подталкивают их к употреблению табака и никотина, но и затрудняют отказ от курения, повышая риск формирования зависимости и развития долгосрочных негативных последствий для здоровья. Именно поэтому задачами Всемирного дня без табака ВОЗ назвала разоблачение уловок манипуляторов.

Попкорновая болезнь*

Пульмонологи и онкологи сегодня все чаще говорят о болезни вейперов – попкорновой болезни, или EVALI (от англ. EVALI – E-cigarette and Vaping use-Associated Lung Injury). Это повреждение легких, ассоциированное с курением электронных сигарет и вейпов. Специалисты отмечают, что данное респираторное заболевание наиболее сходно с экзогенной липоидной пневмонией или химическим пневмонитом.

Из-за постоянного парения легкие буквально забиваются токсинами. Это вызывает воспаление тканей и сбой газообмена в альвеолах, в итоге развивается так называемая попкорновая болезнь. Чаще всего от нее страдают молодые люди в возрасте до 20 лет.

Их лечат в отделениях реанимации, нередко для поддержания жизнедеятельности используют аппараты ИВЛ. «Симптомы болезни вейперов весьма разнообразны: в большинстве случаев она сопровождается повышением температуры, ознобом и лихорадкой, также может присутствовать

**Характерным признаком попкорновой болезни является специфический звук в легких, который можно услышать при прослушивании, напоминающий треск лопающегося попкорна.*

резкая потеря веса. В 85% случаев наблюдаются одышка, кашель и боли в области грудной клетки. Более чем в половине случаев – тахикардия (учащенное сердцебиение). Также нередко пациенты жалуются на сильные боли в животе, диарею и рвоту. При анализе крови выявляется гипоксия – снижение насыщения артериальной крови кислородом и повышение уровня лейкоцитов, – говорит к.м.н., врач-пульмонолог, заведующая отделением пульмонологии поликлиники № 1 городской больницы № 5 Барнаула **Ольга Параева**. – Диагностика пневмонитов сложна в дифференциации – симптомы схожи с множеством других патологий. При этом рентгеновские снимки на начальных этапах не покажут существенных изменений – легочные альвеолы поражаются без выраженного инфильтрата. Точнее, мелкие воспалительные инфильтраты находятся за пределами разрешающей способности рентгенографии. Компьютерная томография позволяет верифицировать очаги, так как видит затемнения и просветления диаметром более 1 мм. И диагноз ставится на основании комплексного обследования, жалоб пациента и анамнеза».

По словам эксперта, пневмониты начинаются как обычное ОРЗ. «Заболевание может пройти само собой, но процесс рубцевания тканей в легких запущен, и дальше – кому как повезет. Дыхательная недостаточность может развиваться сразу, через год или даже три. Но, как правило, жизнь таких пациентов после начала заболевания не превышает 5 лет, а лечение малоперспективно, оно способно лишь продлить жизнь. Больше шансов на благоприятный исход, если этот процесс удалось застать в самом начале, на ранней стадии, когда отек небольшой. Но и в таком случае альвеолы навсегда будут слабым местом этого человека. Особенно уязвимы, безусловно, дети», – отмечает врач-пульмонолог.

Подготовила
Ирина Савина

Это важно!

➤ Ежедневное парение способно вызвать острое повреждение легких и дыхательную недостаточность в довольно короткие сроки. Все дело во множестве веществ, которые содержатся в курительных смесях. Они образуют плотный маслянистый дым, который попадает в легкие и буквально склеивает и разрушает их.

➤ Концентрация никотина в электронных сигаретах или вейпах составляет от 3 до 36 мг/мл. Здесь он содержится в виде различных солей, что повышает его биодоступность. Кроме того, в составе курительных смесей присутствуют табакоспецифические нитрозамины, которые повреждают ДНК и приводят к онкологии – возникает так называемый канцерогенез. Малые табачные алкалоиды, альдегиды способствуют нарушению клеточного обмена в эпителиальных клетках.

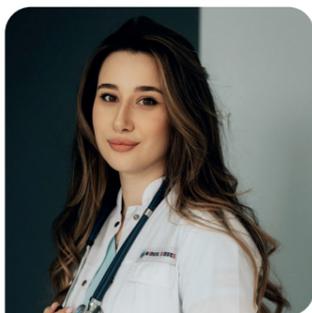
➤ Смеси содержат акролеин – мощный токсикант, который применялся еще во времена Первой мировой войны как поражающее вещество. Не стоит забывать также о пропиленгликоле и глицерине, который в советское время было запрещено использовать в ингаляциях. Первый же является отличным растворителем и используется в производстве бытовых химии. Также в состав смесей входит целый ряд веществ, которые менее токсичны, чем никотин, но потенцируют его действие.

➤ Большинство ароматических добавок в смесях для вейпов применяются в кулинарии, парфюмерии и сельском хозяйстве. Они безопасны, если наносить на кожу или использовать перорально. Но вдыхать их очень опасно – в таком случае они работают как токсины.

На повышенных показателях

Артериальная гипертония – наиболее распространенное сердечно-сосудистое заболевание.

По данным российских исследований, ею страдает около 40% населения страны. Она может лежать в основе развития хронической сердечной недостаточности, инфарктов миокарда, внезапной смерти и других заболеваний системы кровообращения. Один из вариантов течения недуга – развитие гипертонического криза. О том, что это такое, почему лечение должно начинаться незамедлительно и как избежать осложнений при резком повышении артериального давления, мы поговорили с врачом-кардиологом кардиологического отделения № 2 Краевого кардиологического центра Ксенией Гефнидер.



Резкий взлет

– Ксения Вячеславовна, что представляет собой гипертонический криз?

– Это резкое повышение артериального давления – значительно выше обычного уровня, которое ассоциируется с острым поражением органов-мишеней (головной мозг, сердце, почки) и требует неотложной помощи. Как правило, данное состояние возникает у людей с установленным диагнозом «гипертоническая болезнь». Наиболее частыми причинами гипертонического криза являются неадекватная гипотензивная терапия у больных с гипертонической болезнью, пропуск приема препаратов, самостоятельная их отмена, стресс, сильное эмоциональное потрясение, злоупотребление алкоголем, похмельный синдром, чрезмерная физическая нагрузка, а также резкие перепады погодных условий.

– Каковы его проявления?

– Повышение артериального давления – не единственный признак гипертонического криза. Также пациенты жалуются на головокружение и резкую головную боль (часто в затылочной области), тахикардию или же, в редких случаях, брадикардию (замедленное сердцебиение), повышенное потоотделение, слабость, чувство нехватки воздуха, тошноту и рвоту, а также озноб и чувство жара во всем теле. Многие люди во время гипертонического криза испытывают чувство тревоги и страха. У некоторых возникают проходящие нарушения зрения (мелькание «мушек», пелена и др.). В редких случаях наблюдается помутнение сознания.

– Как вести себя при первых признаках гипертонического криза?

– При появлении вышеописанных симптомов у вас или у окружающих людей в первую очередь необходи-

мо успокоиться и правильно измерить артериальное давление (АД). Для достоверной оценки его величины нужно выполнить не менее двух измерений на каждой руке. Подождите пять минут после первого измерения кровяного давления и измерьте давление еще раз (в паузах между измерениями необходимо полностью ослабить манжету). Если показатели по-прежнему остаются высокими, вызовите скорую помощь. Далее необходимо придать больному положение полулежа на кровати с приподнятым головным концом, убрать яркий свет, обеспечить покой и доступ свежего воздуха (расслабить одежду, проветрить помещение). При наличии стрессового фактора можно использовать релаксационные методики – к примеру, дыхательные упражнения.

Регулярная забота

– Ксения Вячеславовна, какие органы страдают в первую очередь?

– При гипертоническом кризе происходит острое повреждение органов-мишеней, среди них головной мозг (может возникнуть инсульт, гипертоническая энцефалопатия или же кровоизлияние), сетчатка глаза (кровоизлияния и/или отек соска зрительного нерва), сердце (острая сердечная недостаточность, острая ишемия миокарда, отек легких вследствие острой

левожелудочковой недостаточности), а также почки (острое почечное повреждение, тромботическая микроангиопатия) и артерии (острое расслоение аорты).

– Какое лечение необходимо при гипертоническом кризе?

– Важно понимать, что это неотложное состояние, которое всегда сопровождается острым повреждением органов-мишеней. Поэтому вызываем скорую помощь. Как правило, гипертонический криз купируется только внутривенным введением антигипертензивных препаратов, поэтому необходима госпитализация. Однако есть такие ситуации, когда артериальное давление превышает его привычные показатели, но при этом нет поражения органов-мишеней. По современным клиническим рекомендациям данное состояние характеризуют как недостижение целевых цифр давления. В таком случае пациенты могут лечиться в амбулаторных условиях.

– Какие меры профилактики необходимо соблюдать, чтобы не допустить такое состояние?

– Чаще всего гипертонический криз возникает у пациентов с установленным диагнозом «гипертоническая болезнь», поэтому данные пациенты должны обязательно посещать своего лечащего врача (терапевта или же кардиолога) 1 раз в 3–6 месяцев (более точные сроки устанавливаются непосредственно на приеме) для оценки адекватности гипотензивной терапии. Ну а дальше многое зависит от самого пациента. Важно запомнить: если выставлен диагноз «гипертоническая болезнь», то это ни в коем случае не ситуационный прием таблеток. Это пожизненная адекватная гипотензивная терапия – с момента установления диагноза каждый день необходимо употреблять назначенные препараты. Помимо этого, существуют немедикаментозные методики лечения. Они подразумевают регулярный самоконтроль давления (достаточно делать это дважды в день – утром и вечером), а также модификацию образа жизни. Это означает, что необходимо снизить вес при наличии ожирения (он является дополнительным факто-

Это важно!

Чаще всего в зоне риска развития гипертонического криза:

- люди с диагнозом «гипертоническая болезнь», особенно если они пропускают прием гипотензивных препаратов, снижают самостоятельно дозировки без уведомления врача или вообще их отменяют;
- беременные женщины – в этот период увеличивается объем циркулирующей крови, что создает дополнительную нагрузку на сердце и сосуды;
- люди с заболеваниями почек (этот орган играет важную роль в нормализации давления) и эндокринными нарушениями, а также женщины в климактерическом периоде (дефицит эстрогенов негативно сказывается на сердечно-сосудистой системе);
- те, кто не придерживается элементарных правил здорового образа жизни: ведут малоподвижный образ жизни, имеют лишний вес, обладают вредными привычками. Негативным фактором является употребление большого количества соли и трансжиров, а также психоэмоциональное напряжение и стресс – все это способствует развитию гипертонического криза.

ром риска), включить в свой график регулярную умеренную физическую нагрузку (5–7 раз в неделю, не менее 30 минут в день), снизить употребление поваренной соли до 5 граммов в сутки (при отсутствии сердечной недостаточности), отказаться от курения и употребления алкогольных напитков. Кроме того, очень важно избегать стрессовых ситуаций и психоэмоционального напряжения.

Подготовила
Ирина Савина

Внимание

Действие антигипертензивных препаратов обычно начинается через **30 минут**. Поэтому после принятия таблетки пациенту нужно успокоиться и подождать, не стоит проверять показания тонометра через каждые **5 минут**. По статистике, большая часть вызовов скорой помощи связана с не угрожающим жизни повышением артериального давления.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

В предупреждении артериальной гипертонии важная роль в ряде случаев отводится способам преодоления артериальной гипертонии без применения лекарственных препаратов, то есть немедикаментозным методам лечения

- ✔ Сокращение времени работы с компьютером
- ✔ Полноценный ночной сон
- ✔ Правильная диета
- ✔ Подготовка на растительном масле
- ✔ Мясо птицы вместо говядины и свинины
- ✔ Фрукты и овощи, богатые калием
- ✔ Подвижный образ жизни и регулярные тренировки



- ✔ Работа без ночных смен
- ✔ Работа с частыми командировками
- ✔ Работа в шумной обстановке
- ✔ Лишний вес
- ✔ Пища из муки высшего сорта, сладкое
- ✔ Ограничение соли в пище
- ✔ Курение
- ✔ Алкоголь



Следует знать, что появление при физических тренировках одышки, болевых ощущений в грудной клетке, в области сердца, перебоев в работе сердца требует незамедлительного прекращения нагрузок и обращения к врачу.



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Хочу выразить благодарность детскому врачу-хирургу КГБУЗ «Городская поликлиника № 10, г. Барнаул» **Денису Александровичу Ткачу** и медсестре **Вере Васильевне Ходенковой**. Неоднократно планово обследовал своего сына-младенца. Врач и медсестра всегда обходительны и вежливы. Денис Александрович очень тщательно осматривает ребенка, проверяя все необходимое. Вера Васильевна всегда поможет и подскажет, что нужно делать, помогает успокоить ребенка. Побольше бы таких специалистов.

Александр Александрович Чикин

Выражаю искреннюю благодарность заведующей гериатрическим отделением КГБУЗ «Городская больница № 3, г. Рубцовск» **Маргарите Николаевне Сажениной** за профессионализм, добросердечность и понимание! Особая благодарность процедурным и постовым медсестрам и обслуживающему персоналу!

Ирина Леонидовна Аношкина

Хочу выразить благодарность неврологу КГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 14, г. Барнаул» **Татьяне Сергеевне Рыжковой** и медсестре **Наталье Геннадьевне Гришиной** за профессионализм и индивидуальный подход к каждому пациенту, за готовность оказания помощи, за доброе отношение, за лечение и хорошие результаты. Татьяна Сергеевна очень внимательно отнеслась к приему и проблемам здоровья моего сына. Проявляя профессионализм, она назначила и озвучила дальнейший план лечения. Желаю всему коллективу успехов в вашем нелегком и благородном деле. Спасибо, здоровья вам и вашим семьям. Всего самого наилучшего и только благодарных пациентов!

Инна Ивановна Драко

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!».

Хотелось бы выразить благодарность врачу анестезиологу-реаниматологу КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр «Дар»! **Виктор Валерьевич Берг**, спасибо Вам большое за моего сына! Виктор Валерьевич – это Врач с большой буквы и профессионал своего дела! Когда его увидела первый раз в реанимации и поговорила, сразу поняла, что это точно наш врач! Всегда все четко и по делу, без воды. Благодарю, что всегда отвечали на мои одни и те же вопросы, заданные миллион раз, что все нормально. А сейчас мы с большими щечками, кушаем, растем, улыбаемся этому миру! Обязательно придем к вам, только уже своими ножками – просто в гости, показать, как мы выросли!

Елена Евгеньевна Погорелова

Хочу выразить благодарность главному врачу КГБУЗ «Горбольница № 3, г. Барнаул» **Александр Николаевичу Шпиготскому** и заместителю главного врача по поликлинической работе **Анастасии Владимировне Чуриной** за отличную организацию работы персонала, порядок в помещениях медицинской организации. И отдельная благодарность каждому сотруднику!

Елена Владимировна Никулина

Хочу поблагодарить детскую медсестру КГБУЗ «Бийская ЦРБ» **Нину Валентиновну Черных** (амбулатория с. Малоенисейское) за доброе отношение к каждому ребенку! Это очень важно – найти подход к ребенку, чтобы он не боялся, видя человека в белом халате. Делая прививку, она найдет слова, чтобы ребенок ушел без слез и в следующий раз пришел с удовольствием! Огромная благодарность за Вашу доброту и помощь в выздоровлении деток! Побольше бы таких грамотных и доброжелательных медработников!

Олеся Васильевна Шварцкопф

Экстренно попала в отделение нейрохирургии и оказалась на операционном столе для удаления новообразования головного мозга. Перед операцией было ужасно страшно, даже жутко. Все прошло успешно. Выражаю огромную благодарность нейрохирургам КГБУЗ «Краевая клиническая больница» **Д. И. Варфоломееву** и **А. И. Чупину** за высокий профессионализм, внимательность и ответственность в вашем нелегком труде. Огромное спасибо за проведенную операцию, вы спасли меня!

Наталья Юрьевна Нагаева

Говорят, врачи – это те, кто дорисовывает на наших ладонях линию жизни. Вы стоите на защите самого ценного, что есть у человека, – его жизни и здоровья. И его же вам хочется пожелать в двойном размере! Хочу выразить огромную благодарность доктору КГБУЗ «Первомайская ЦРБ им. А. Ф. Воробьева» **Елене Леонидовне Шмаревой** и ее медсестре **Наталье Ивановне Кучминой**. И всему коллективу. У них замечательное сочетание профессионализма и человеческого подхода. Я искренне благодарна им за работу и поддержку!

Мария



Детской городской поликлинике № 7 - 60!

Детская поликлиника начала принимать маленьких пациентов Железнодорожного района и их родителей 1 апреля 1965 года.

В настоящее время детская поликлиника № 7 является одной из крупных детских поликлиник нашего города, обслуживает около 21 000 детей. Помощь детям оказывается в разных направлениях. В ней ведут прием такие узкие специалисты, как невролог, офтальмолог, хирург, отоларинголог, детский гинеколог, эндокринолог, ортопед, физиотерапевт, кардиолог, детский стоматолог.

Информация и фото
предоставлены
КГБУЗ «Детская городская
поликлиника № 7,
г. Барнаул»

РЕПИНА
ЛЮДМИЛА
ВЛАДИМИРОВНА
ГЛАВНЫЙ
ВРАЧ



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: altai.aif.ru, immunocar.ru, www.kartin.papik.pro, almed24.ru