

Мы и ЗДОРОВЬЕ

№ 11 (749) 20 ноября 2025 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



Удар изнутри

➤ Стр. 4-5

Точка опоры

➤ Стр. 14-16

Был впечатлен "Собачьим сердцем"

➤ Стр. 17-18

На бийской станции скорой помощи – пополнение

Вчерашние студенты Бийского медицинского колледжа – 10 фельдшеров и 5 медсестер и медбратьев – дополнили ряды команды станции скорой медицинской помощи наукограда. За каждым новичком закреплен наставник, который делится опытом и помогает освоиться в профессии.

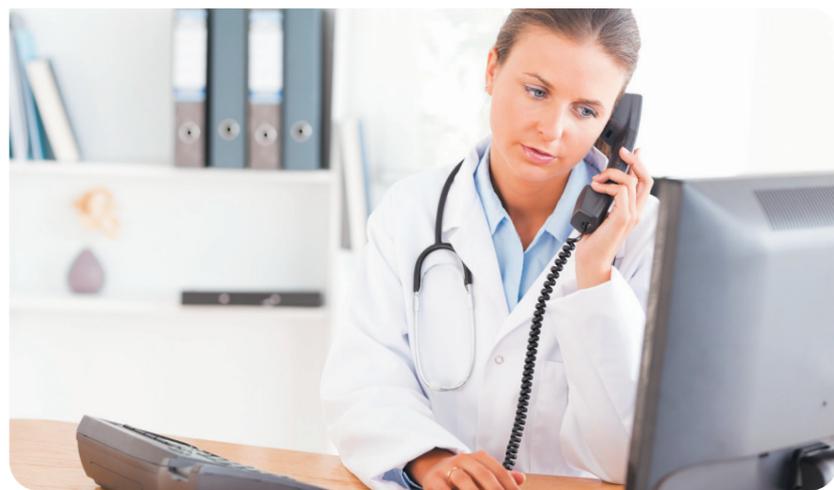
– Поддержка опытных коллег играет важную роль в становлении молодого специалиста. Программа наставничества, действующая у нас четвертый год, помогает молодежи освоить необходимые практические навыки, избегать ошибок и обрести уверенность в себе, – подчеркнул главный фельдшер ССМП г. Бийска **Максим Максимкин**.

Немаловажно, что новые сотрудники уже прошли «боевое крещение». Одни вместе со старшими коллегами провели тромболитическую терапию при остром инфаркте миокарда, другие приняли роды прямо в автомобиле скорой помощи. Но это лишь первые шаги на долгом профессиональном пути молодых специалистов.

С 2025 года в рамках реализации регионального проекта «Медицинские кадры» нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь» реализуются мероприятия по снижению дефицита врачей и средних медицинских работников в государственных медицинских организациях Алтайского края.



Телефонная помощь спасает жизни до приезда скорой



В Алтайском крае проект «Готов к санитарной обороне» демонстрирует практические результаты: знания по первой помощи не только передаются на занятиях, но и мгновенно применяются в реальных жизненных ситуациях. Об этом сообщил в своем канале в национальном мессенджере **MAX** глава Алтайского края **Виктор Томенко**.

Так, в экстренных ситуациях, пока едет скорая, спасти жизнь можно по телефону. Диспетчер скорой переводит звонок на круглосуточную службу экстренной помощи на базе рубцовской станции скорой медицинской помощи, где специалисты дистанционно инструктируют, как действовать при самых распространенных случаях, таких как попадание инородного тела в дыхательные пути или кровотечение. Ярким примером стал недавний случай, когда диспетчер скорой помощи смог дистанционно помочь спасти трехлетнего ребенка, подавившегося мелкой деталью от игрушки. Специалист четко объяснил родителям: алгоритм действий нужно было положить ребенка лицом вниз на предплечье, поддерживая грудь ладонью, и нанести пять резких ударов между лопаток основанием ладони. Уже после третьего удара инородное

тело вышло, и ребенок смог сделать первый глоток воздуха. Прибывшая бригада скорой помощи подтвердила, что именно грамотные действия по инструкции предотвратили трагедию.

Этот случай наглядно показывает, как работает система экстренной помощи: пока едет скорая, диспетчер может перевести звонок на круглосуточную службу, где специалисты дистанционно инструктируют, как действовать при самых распространенных случаях – попадании инородного тела в дыхательные пути, кровотечениях и других неотложных состояниях. И вот таких ситуаций зафиксировано уже 1018, когда люди готовы были оказывать медицинскую помощь в случае, если это требовалось.

Масштабы проекта впечатляют: на сегодняшний день в Алтайском крае уже обучено более 196 тысяч человек, причем только 8 ноября в едином дне обучения приняли участие 2679 жителей из 25 районов края. Среди обученных – 918 детей и 1761 взрослый, что демонстрирует широкий охват проектом среди всех возрастных групп. Подготовкой населения занимаются профессиональные инструкторы, которые на практических занятиях учат сердечно-легочной реанимации, остановке кровотечений и помощи при травмах.

Новый проект по доступности лечения ретинопатии



В Консультативно-диагностическом центре Алтайского края стартовал проект «Скрининг диабетической ретинопатии», который поможет сделать доступнее обследование для пациентов с ретинопатией. Цель программы – раннее выявление диабетической ретинопатии среди людей с сахарным диабетом 1-го и 2-го типа, повышение охвата и точности диагностики данного заболевания, чтобы предотвратить осложнения, в том числе слепоты.

Всего в Алтайском крае зарегистрировано более 100 тыс. человек с сахарным диабетом. Из них в зоне

риска постановки диагноза (поздняя диагностика диабетической ретинопатии) потенциально находятся более 10 тыс. человек (более 10% от всех пациентов с сахарным диабетом).

Программа поможет в течение 7 месяцев охватить профилактическим скринингом более 3000 пациентов из регистра сахарного диабета Алтайского края и выявить ориентировочно 300 случаев заболевания, требующего немедленного медицинского лечения.

– У нашего Центра есть огромный потенциал для работы с пациентами с сахарным диабетом: новейшее оборудование, квалифицированные врачи и возможность быстро предотвратить ретинопатию. Уверена, что данный проект станет примером лучшей практики для других регионов России, – отметила главный врач Центра **Жанна Вахлова**.

Редкая онкопатология



Рак языка обнаружили у 52-летнего барнаульца. Подозрение на онкологию возникло во время осмотра в анамнестическом кабинете. Именно с него в Консультативно-диагностической поликлинике №14 начинается прохождение диспансеризации.

– Я очень хорошо помню пациента, – рассказывает акушерка **Галина Химчинская**. – Это был выходной день. Мужчина сразу честно признался, что крайне редко посещает врачей. Да и жалоб у него особо нет. Однако при осмотре ротовой полости меня насторожили образования на языке: как после ожога. Стала задавать вопросы. Выяснилось, что такие новообразования у пациента уже около двух лет и в последнее время немного побаливают. Сомнений у меня практически не возникло: с приема мужчину направила к онкологу...

В целом, по словам главного врача **Дмитрия Денисова**, каждый месяц порядка девяти случаев онкологии выявляют специалисты поликлиники у тех пациентов, которые проходят диспансеризацию.

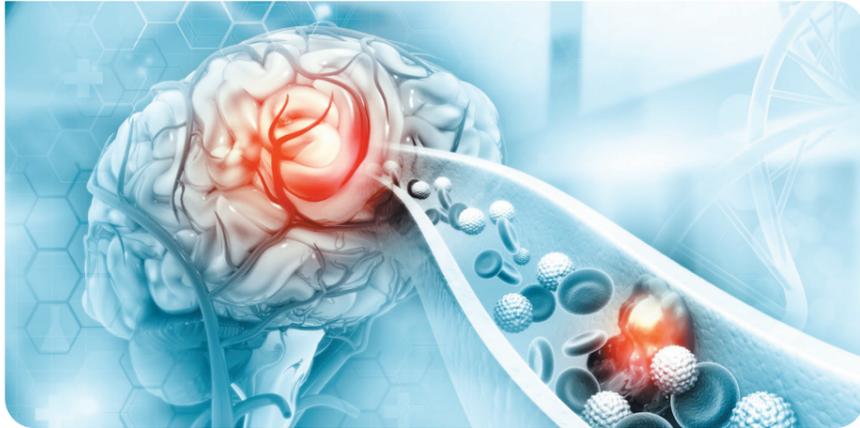
Медицина шагает в села



В селе Карпово Второе Краснощековского района состоялось торжественное открытие современной врачебной амбулатории.

Открытие амбулатории в Карпово Втором – лишь один из этапов обновления сельского здравоохранения в крае. В этом году в регионе уже открылось 22 новых фельдшерско-акушерских пункта в селах, а также современная поликлиника в Ребрихе. До конца года планируется ввести в эксплуатацию еще шесть ФАПов, две врачебные амбулатории в селах Черемное и Фирсово и новую поликлинику в Алейске.

Удар изнутри



В Алтайском крае закончилась Неделя борьбы с инсультом, которую проводило Министерство здравоохранения России. Инсульт до сих пор остается одной из главных причин смерти и инвалидности как во всем мире, так и в нашей стране. Что представляет собой данное заболевание и как наши медики спасают пострадавших от него – в сегодняшнем материале.

Не теряя времени

Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения, для которого характерно внезапное появление очаговой (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и общемозговой неврологической симптоматики. Она сохраняется более 24 часов и может привести к летальному исходу или инвалидности.

По словам главного внештатного невролога Минздрава Алтайского края **Сергея Федянина**, в регионе ежегодно фиксируют от 6 до 7 тысяч новых случаев инсульта. Основным фактором риска является возраст: 90% сосудистых катастроф происходит у пациентов старше 70 лет. Среди других ключевых причин специалист выделил артериальную гипертензию, атеросклероз, фибрилляцию предсердий и вредные привычки. Эксперт также отметил, что, хотя инсульты чаще случаются у женщин, у мужчин это заболевание нередко развивается в более раннем возрасте.

Симптомы инсульта:

- слабость в конечностях, отсутствие их чувствительности;
- нарушение речи и парализация лицевой мускулатуры (чтобы проверить симметрию лица, попросите больного улыбнуться);

– спонтанно возникшие неконтролируемые движения рук, выпадение участка зрения, резкое головокружение или головная боль, которую больные часто описывают как «удар молотком». **Сразу вызывайте скорую помощь, если появились тревожные признаки!**

Факторы риска болезни:

- пожилой возраст (особенно после 65 лет);
- артериальная гипертензия увеличивает риск ишемического инсульта в два раза;
- повышенный уровень холестерина в крови;
- атеросклероз;
- курение;
- сахарный диабет;
- ожирение;
- перенесенные и существующие

заболевания сердца, особенно мерцательная аритмия, инфаркт миокарда.

Минимизируют риски правильно подобранная терапия и следование рекомендациям врача. «Основную статистику дает старшее поколение: с ростом продолжительности жизни растут, соответственно, и риски заболеваний. Для 50-летних инсульт – редкость, а у долгожителей 80+ он случается очень часто», – поясняет Сергей Федянин.

По словам доктора, программы нового нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь» направлены на поддержку идеологии ЗОЖ и коррекцию хронических заболеваний. Все это касается и профилактики инсульта. «Я в медицине около 30 лет и прекрасно помню, как лечили людей несколько десятилетий назад. Если человек в принципе выживал после сосудистой катастрофы, это уже было здорово. Сейчас используются самые современные и эффективные методики, они помогают нивелировать последствия инсульта даже у людей преклонного возраста», – отмечает Сергей Федянин.

Спасти жизнь

Самая коварная и смертельно опасная причина мозговых катастроф – разрыв аневризмы головного мозга. Аневризма – бомба замедленного действия. Она представляет собой выпячивание стенки сосуда мозга, которое в любой момент может разорваться. До этого момента она часто никак себя не проявляет, что и делает ее такой опасной. В отличие от ишемических инсультов, связанных с закупоркой сосуда, разрыв аневризмы вызывает геморрагический инсульт – кровоизлияние в мозг, которое ежесекундно угрожает жизни пациента. «Когда пациент с разрывом аневризмы поступает к нам, счет идет на часы. Наша задача – немедленно остановить кровотечение и исключить аневризму из кровотока, чтобы предотвратить повторный разрыв, кото-

рый часто оказывается фатальным», – говорит заведующий нейрохирургическим отделением Краевой клинической больницы **Андрей Чупин**.

Для этого нейрохирурги применяют две основные методики: эндоваскулярные вмешательства (малотравматичные операции через прокол в сосуде) и открытую микронейрохирургическую операцию по клипированию шейки аневризмы. Выбор метода зависит от конкретной ситуации, но цель всегда одна – спасти жизнь.

Путь пациента с разрывом аневризмы начинается с нейрореанимации. «Именно к нам больные попадают в первую очередь. Здесь они проходят все необходимые обследования, чтобы подтвердить диагноз и оценить масштаб катастрофы. После операции пациенты возвращаются к нам для дальнейшего выведения из критического состояния и контроля. Это сложный и многодневный труд целой команды», – отмечает заведующий отделением нейрореанимации **Естай Калиев**.

Мощности современной нейрохирургической службы Алтайского края позволяют оказывать помощь на высоком уровне. Ежегодно проводится более 1000 операций. За 10 месяцев этого года уже проведено 990 вмешательств, 53 из которых – по поводу аневризм. Это десятки спасенных жизней благодаря слаженной работе нейрохирургов и реаниматологов.

Высокотехнологичную помощь оказывают не только в краевой столице. Сосудистый центр начал работать в Рубцовске. «С августа четверем пациентам с ишемическим инсультом мы провели высокотехнологичную методику тромбоэкстракции – механического удаления тромба из артерии головного мозга, которое позволяет восстановить кровоток и минимизировать последствия катастрофы. Среди них – пациентка 1991 года рождения, которой успешно провели эту операцию, и сейчас она находится в Краевой клинической больнице для дальнейшего лечения и реабилитации», – рассказывает заместитель главного врача ГБ № 2 Рубцовска **Денис Бекетов**.

После проведенного лечения пациентам рекомендовано пройти комплексную реабилитацию, включающую занятия с логопедом, нейропсихологом и инструктором ЛФК, а также строго соблюдать все назначения врачей для предотвращения повторных инсультов.

Для проведения операции очень важно, чтобы с момента инсульта прошло не более 5 часов. Сегодня тромбоэкстракцию также проводят в Бийске и в городской больнице № 5 Барнаула. Данный метод дает пациенту больше шансов на полное восстановление и полноценную жизнь. Ранее тромбоэкстракцию проводили только в Краевой клинической больнице. Сейчас такая возможность появилась у пациентов Рубцовского и Бийского медицинских округов. Проведение тромбоэкстракции в территориях, удаленных от краевого центра, – результат поэтапной работы нескольких лет: создание сосудистых центров в межрайонных больницах, их оснащение современным оборудованием за счет как краевых, так и федеральных средств, и обучение медицинских работников.

Восстановить активность

В ноябре прошлого года в Барнауле в городской больнице № 5 открылось новое специализированное отделение медицинской реабилитации для пациентов с поражениями центральной нервной системы, включая перенесших инсульт. За неполный год курсовое лечение здесь прошли уже более 500 человек.

Основная цель работы отделения – снижение инвалидизации и максимальное восстановление самостоятельности пациентов. Для этого его сотрудники применяют комплексный подход, включающий работу в залах кинезиотерапии и механотерапии, оснащенных современным оборудованием, а также сеансы физиотерапии.

Заведующий отделением, врач физической и реабилитационной медицины **Максим Никулин** подчеркивает, что ключ к успеху – сочетание передовых технологий и индивидуального

Для справки

Сегодня в крае функционируют 15 реабилитационных отделений в больничных стационарах, 16 отделений – в поликлиниках, 10 – в дневных стационарах, 1 – реабилитация на дому с использованием телемедицинской консультации (ТМК) в рамках пилотного проекта.

подхода. «Наша задача – не просто отработать процедуры, а вернуть человека к активной жизни. Для этого мы используем уникальные аппараты, такие как экзоскелет «Экзоатлет», который позволяет заново учиться ходить даже тем, у кого полностью отсутствует движение в ногах. Стол Bobath незаменим для восстановления правильных движений и борьбы со спастичностью. Тренировки на тренажере с разгрузкой веса помогают безопасно отрабатывать шаг, а система «ПРАК» снимает психоэмоциональное напряжение, которое часто мешает выздоровлению», – говорит Максим Никулин.

Программа реабилитации для каждого пациента разрабатывается индивидуально мультидисциплинарной командой специалистов. Развитие этого направления стало частью национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Благодаря этому объемы реабилитационной помощи в крае стабильно растут: если в 2022 году реабилитацию прошли 17 680 человек, то в этом году – уже 18 000 человек.

Для пациентов, перенесших инсульт, реабилитация доступна не только в новом отделении, но и в других медицинских учреждениях края, таких как Краевая клиническая больница и центр «Территория здоровья». До конца года планируется открытие еще одного отделения на 15 коек в Бийске.

Подготовила **Ирина Савина**
по материалам Минздрава АК

«Тогда психиатрия сделала шаг навстречу ЛЮДЯМ»



Фото А. Каспришина

Тридцать лет назад в Барнауле начала принимать пациентов

краевая поликлиника неврозов –

в тот момент первая

и единственная в стране. О том, как она создавалась, рассказал ее основатель, бывший главный

врач краевой психиатрической

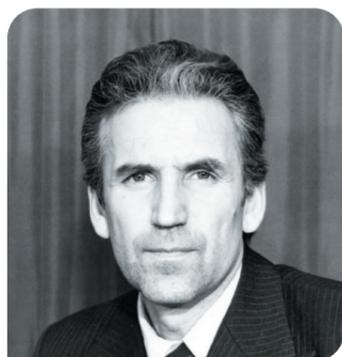
больницы, главный врач-психиатр Алтайского края

Леонид Ермолаев.

Организатор психиатрической службы края

Леонид Матвеевич Ермолаев – врач-психиатр высшей категории, кандидат медицинских наук, более 30 лет посвятил организации психиатрических лечебных учреждений в регионе. Став главным психиатром Алтайского края в 1972 году, он вместе с коллегами организовал и в разные годы возглавлял краевую психоневрологический диспансер, краевую клиническую психиатрическую больницу в поселке Новосиликатном, поликлинику неврозов, краевую детскую психиатрическую диспансер. Все они, кроме детского диспансера, позже вошли в состав Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю. К. Эрдмана, главным врачом которой Леонид Матвеевич работал до 2003 года.

Леонид Матвеевич рассказывает о своей профессиональной деятельности в те годы, и поражает количество его идей по организации системы оказания медицинской помощи психиатрическим пациентам. Среди них – выделение в отдельные учреждения наркологического и детского психиатрического диспансеров, создание наркологических отделений прямо на промышленных предприятиях, введение формата «стационар на дому». Многие из этих идей были реализованы и в той или иной форме существуют и сейчас. Об этом и другом Леонид Матвеевич рассказывает в своей новой книге «Записки главного психиатра», над которой сейчас работает. Краевой поликлинике неврозов в ней посвящена отдельная глава.



Эксперимент для «пограничников»

Прообраз поликлиники неврозов – созданный по инициативе Леонида Ермолаева в 1975 году центр пограничных состояний – довольно революционное по тем временам и единственное подобное подразделение в СССР. Идея заключалась в том, чтобы отделить от основной массы психиатрических больных с серьезными, тяжелыми диагнозами так называемых пациентов-«пограничников» – людей в состоянии неврозов, возникших в основном из-за трудностей на работе и в семье.

– В то время, если пациент пришел на прием к врачу-психиатру, его могли только взять под диспансерное наблюдение, то есть поставить на учет. Это вызывало страх, чувство стыда: «А вдруг меня тут увидят знакомые?» – рассказывает Леонид Ермолаев. – На работу, конечно, об этом не сообщали. Но именно из-за страха и стыда многие «пограничники» не получали вообще никакой помощи. И тогда мы, под мою личную ответственность, на свой страх и риск, отказались от использования диспансерного (постоянного) учета для непсихотических больных и ввели для них только консультативное наблюдение. И люди перестали бояться, начали приходить к врачам – видимо, сработало «сарафанное радио».

О нашем эксперименте узнали и в Москве и прислали к нам проверяющих, – продолжает рассказ Леонид Матвеевич. – К счастью, они оказались понимающими и смогли оценить, какую пользу приносит наш замысел.

Справка «МиЗ»

К пограничным психическим расстройствам относятся неврозы, неврастения, истерия, психастения, навязчивые состояния, специфические синдромы, психосоматические нарушения развития, последствия органического заболевания ЦНС и другие непсихотические заболевания.

Буквально через год, в 1976 году, мы вышли на второе место в стране по обращаемости «пограничников». Нас не наказали – наоборот, Минздрав издал приказ, согласно которому подобные центры для апробации консультативного наблюдения были созданы также в Москве, Ленинграде и Риге.

Леонид Матвеевич отмечает, что в созданном им центре пограничных состояний пациенты получали различные виды помощи – логопедическую, сексологическую, суицидологическую, психологическую и психотерапевтическую. Однако через несколько лет работы учреждение стало видоизменяться и в итоге к 1981 году превратилось в обычное стационарное отделение для больных с пограничными нервно-психическими расстройствами.

В 1989 году Леонид Ермолаев вернулся в крайздрав в качестве главного психиатра края и вновь стал искать варианты оказания психотерапевтической помощи «пограничникам».

Трудные времена, несчастные люди

В 1993 году он подготовил обоснование организации краевой поликлиники неврозов, получил разрешение на ее создание и спустя год был назначен ее главным врачом. Новому учреждению выделили здание на ул. Партизанской, 147. Это была бывшая туберкулезная больница, в которой лечились люди, освободившиеся из мест заключения. Леонид Матвеевич вспоминает, как собственноручно расчищал подвал, а спустя год выяснилось, что тот был недостаточно тщательно обработан от туберкулезной палочки, и главный врач сам заразился туберкулезом.

В здании пришлось менять все коммуникационные системы, укладывать повсюду специальную каменную плитку, отделять все внутренние помещения. Дневной стационар поликлиники был рассчитан на 75 мест. Основной целью нового учреждения стала медицинская помощь лицам с пограничными расстройствами в максимально комфортных для них условиях.



– На открытие поликлиники мы пригласили всех главных врачей и руководство краевого комитета по здравоохранению. Многие были удивлены тем, как может выглядеть лечебное учреждение. Заведующий комитетом **Николай Федорович Герасименко** внес нашу поликлинику в реестр преобразований края, который готовил для защиты звания члена-корреспондента Академии медицинских наук РФ, – вспоминает Леонид Матвеевич.

Поликлиника неврозов была создана очень своевременно: страна в середине 90-х переживала весьма трудные времена. По наблюдениям Леонида Матвеевича, очень многим тогда не удавалось справляться с состоянием растерянности и шока от нахлынувших изменений. Из-за распада страны рушились семьи, многие некогда благополучные члены общества спивались и деградировали, росло число самоубийств. Закрывались заводы, зарплаты не выплачивались месяцами. Многие ввязывались в финансовые пирамиды и теряли на этом последние сбережения.

– В Барнауле было полно «пограничников», и им требовалась наша помощь! – продолжает вспоминать Леонид Ермолаев. – Они не могли полноценно и самостоятельно социализироваться в новых условиях, при этом отчаянно не хотели идти к врачам. Я прекрасно понимал, что привычные психиатрические подходы в работе с такими пациентами эффективными не будут – нужно что-то совершенно новое.

Продолжение на стр. 8 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 6-7»

Терапия добрым отношением

Планируя открытие поликлиники неврозов, Леонид Матвеевич основательно изучил многие психотерапевтические методики – соционику, семейную терапию, нейролингвистическое программирование, холодинамику, когнитивную психотерапию, гештальт-терапию и другие. Наблюдая работу с пациентом врача и психолога одновременно, он заметил, что такой подход более эффективен, и решил, что в новой клинике с каждым пациентом будут работать оба специалиста, от начала и до конца. Врач будет смотреть, как ликвидировать болезненное состояние, а психолог – актуализировать и развивать сильные и положительные стороны личности пациента.

– Таким образом, в нашей поликлинике пациент должен был излечиваться от реактивных последствий испытанных им стрессовых ситуаций и одновременно вырабатывать у себя навыки и умение устанавливать хорошие взаимоотношения с окружающими, быстрее адаптироваться и социализироваться в жизни, – уточняет Ермолаев.

Он также рассказал, что в поликлинике неврозов была впервые применена информационная психотерапия. Прообраз этого метода доктор внедрил еще в 70-е годы в наркологических отделениях барнаульских за-



Фото А. Каспришина

водов: к каждой кровати подводили радио с наушниками и транслировали больным короткие беседы о вреде алкоголя. А для проведения информационной психотерапии в поликлинике приобрели специальные очки для внушения различного характера и электроэнцефалограф, обучив одного из врачей этой методике. Приобрели киноаппаратуру для записи поведения больных: это один из психологических приемов самокоррекции своего состояния.

Вот как вспоминает поликлинику неврозов одна из первых психологов, работавших там, **Светлана Степановна Дерябина**:

– Когда я впервые попала внутрь, то оказалась как будто в другой реальности: отличная планировка, прекрасное современное оформление всего пространства, создающее ощущение тепла, уюта и полной защищенности. Нигде не видно очереди. У каждого врача и психолога – отдельный кабинет, оснащенный всем необходимым для работы, достаточно просторный и для индивидуальной работы с пациентом, и для консультаций. Для групповой психотерапии отведены три больших зала. Один из них – с зеркальной стеной и мягкими коврами во весь пол – для групп телесной терапии, холотропного и свободного дыхания. Второй – с основной подсветкой, мягкой мебелью и мягкими коврами – для работы групп в техниках транзактного анализа, гештальт-терапии, холодинамики и т. п. Третий – для групповой психоэмоциональной разгрузки в разных методиках. А еще в нашей поликлинике, которая снаружи выглядела такой маленькой, оказались физиокабинет с современным оборудованием, процедурный кабинет, кабинеты для массажа, иглотерапии. В самом укромном и тихом месте – палата дневного стационара с возможностью полноценного отдыха после процедур. И во всем этом разветвленном и многофункциональном пространстве – уют и никакой суеты.

То, о чем тепло вспоминает Светлана Степановна, имеет и вполне научное определение – «терапия

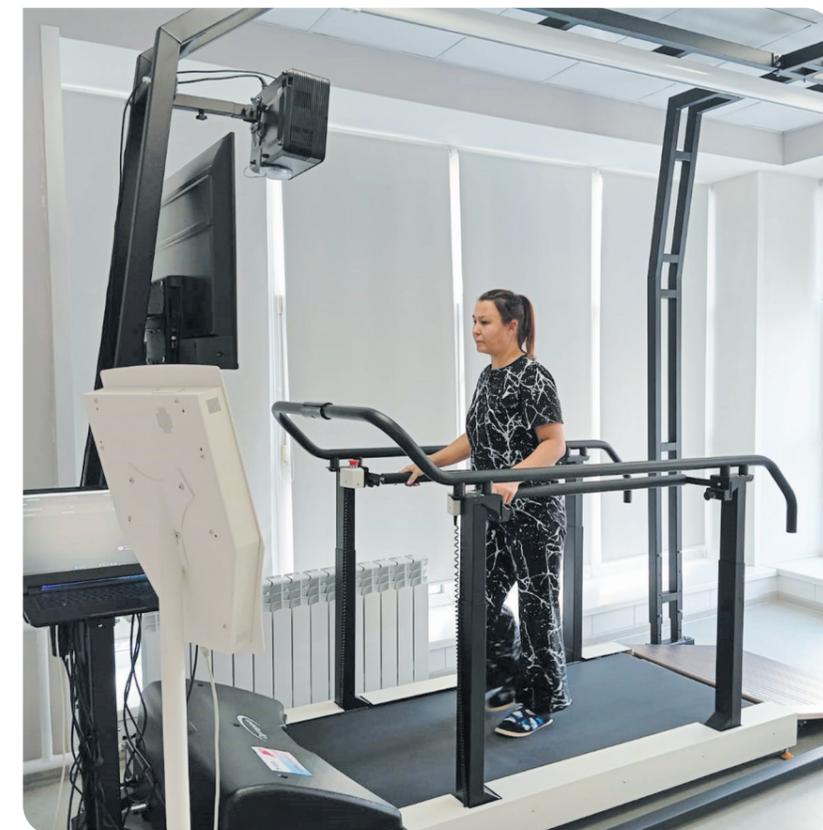
средой», когда пациента лечит само пространство учреждения. Атмосфера поликлиники неврозов должна была вызывать желание прийти сюда снова, такого эффекта и добивался Леонид Ермолаев. В холле и коридорах играла специально подобранная музыка, в кабинетах стояла мягкая мебель и витали целебные для психики ароматы. На стенах – картины, весь персонал – исключительно и искренне приветлив.

Чтобы охватить как можно больше «пограничных» пациентов, за врачами и психологами были закреплены конкретные районы города, школы и трудовые коллективы – в них они проводили психопрофилактику. В организации и учреждения края были направлены письма с информацией о деятельности поликлиники неврозов и приглашением на лечение. На телевидении появилась передача «Беседы о психическом здоровье».

«Искал лучших»

– Я старался привлечь к работе в поликлинике неврозов лучших в своем деле, – вспоминает Леонид Матвеевич. – К примеру, главного психотерапевта **Валерия Ивановича Миронова**, уникального специалиста и доброжелательного, спокойного, умного человека. И я был рад, когда и его сын, врач-психиатр, включился в нашу работу. Я пригласил врача-психотерапевта **Людмилу Владимировну Бабушкину**, уже защитившую кандидатскую диссертацию, врача-психиатра **Валентину Николаевну Ичитовкину**, имевшую опыт работы в «пограничном» стационаре. Большим успехом было заполучить врача-психотерапевта, кандидата медицинских наук **Алексея Борисовича Дика**, разработавшего методику кинезиотерапии с использованием психомануального подхода. У нас работали замечательный клиницист **Анатолий Алексеевич Авдеенко** и врач-психиатр **Анатолий Николаевич Бекшибаев**. Почти все наши специалисты были высочайшей квалификации – кандидаты медицинских наук, врачи высшей и первой категории.

Новое отделение «четверки»



Месяц назад в КГБУЗ «Городская больница № 4 им. И. П. Гулла, г. Барнаул» начало действовать новое отделение медицинской реабилитации для пациентов с соматическими заболеваниями. Для него был выделен целый этаж, выполнен капитальный ремонт и приобретено новое, современное оборудование.

Жительница Барнаула **Фаина Трофимовна Мартынова** находится в отделении уже неделю. У нее бронхиальная астма. Врачи отделения назначили ей целый комплекс процедур: ЛФК, дыхательная гимнастика, массаж, физиолечение, занятия на велотренажере и беговой дорожке, а также занятия с психологом. Фаина Трофимовна отмечает: лечат ее на высшем уровне, самочувствие стало значительно лучше. Вместе с соседкой женщина лежит в просторной светлой палате на двух человек. Все в отделении буквально дышит чистотой и свежестью – ремонт сделали совсем недавно, летом.

Продолжение на стр. 10»

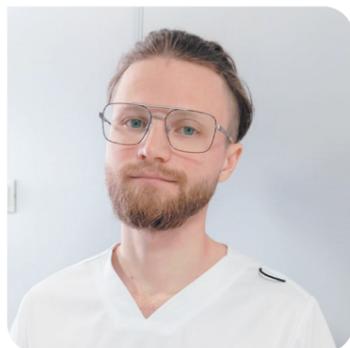
Как показал опыт работы поликлиники неврозов в конце 90-х годов прошлого века, обращение к психотерапевтам и психиатрам постепенно перестало носить для пациентов психотравмирующий характер, что позволило гораздо раньше выявлять лиц с пограничными нервно-психическими и психосоматическими расстройствами. Благодаря работе клиники вырос уровень психологической культуры населения Барнаула и Алтайского края. «Можно без излишней скромности сказать, что психиатрия сделала гигантский шаг к своей реабилитации в глазах населения», – добавляет Леонид Матвеевич.

История краевой поликлиники неврозов продолжается. Сегодня учреждение носит название психотерапевтического центра Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю. К. Эрдыманова. Помощь здесь оказывают высококвалифицированные специалисты – врачи-психотерапевты и медицинские психологи, как в амбулаторных условиях, так и в дневном стационаре.

Для лечения активно используются методы групповой психотерапии (психорелаксационные техники, задания для развития и укрепления навыков межличностной эффективности) и индивидуального психологического консультирования (когнитивно-поведенческая терапия, транзактный анализ, гештальт-терапия, системные расстановки, арт-терапия и другие). В центре работают физиотерапевтический и массажный кабинеты.

Подготовила Елена Клишина.
Фото предоставлено пресс-службой АККПБ им. Ю. К. Эрдыманова

«Продолжение. Начало на стр. 9»



Как отмечает заведующий отделением **Иван Голотовский**, курс лечения составляет 12–14 дней на втором этапе реабилитации в условиях стационара. Набор процедур определяется индивидуально, а эффект во многом зависит от настроения пациента на выздоровление, от его желания сотрудничать с докторами в борьбе за свое здоровье. Если настрой боевой, позитивный, доброжелательный, как, к примеру, у Фаины Трофимовны, то и эффект от реабилитации может быть весьма существенным.

В отделении 30 койко-мест, палаты в основном двухместные, есть и палата на одного человека. Средний возраст пациентов, которые уже прошли здесь реабилитацию, – 50–60 лет. Реабилитационную помощь за этот короткий период получили более 20 человек.

Иван Евгеньевич ранее работал врачом-кардиологом в краевом диагностическом центре, потом прошел переобучение на врача физической реабилитационной медицины и возглавил новое отделение. Переобучились буквально все сотрудники отделения – и в итоге была создана мультидисциплинарная команда, в которую входят медицинский психолог, эрготерапевт, врачи физической реабилитационной медицины, узкие специалисты (кардиолог, невролог, уролог при необходимости), терапевт, средний медперсонал по медицинской реабилитации, которые проводят занятия ЛФК, физиопроцедуры и сеансы массажа.

– Мультидисциплинарный подход позволяет выявить больше функ-

циональных нарушений у пациента, оказывать на них большее влияние и увеличивать реабилитационный потенциал. Отзывы положительные, пациентам нравится, функции восстанавливаются, перспективу мы видим, будем работать, прогрессировать, – отмечает заведующий.

В списке приобретенного для отделения оборудования – специальные кровати с электроприводом, противопролежневые системы с надувным матрасником с регулируемым давлением, система для подъема и перемещения пациента, массажные кушетки, лазер для физиотерапии, аппарат УВЧ-терапии, аудиовизуальный мобильный комплекс, мобильная рамка для разгрузки веса при ходьбе, дефибриллятор, аппарат для ультразвуковой диагностики сердца и сосудов, беговая дорожка с вертикализатором и другое.

Главный врач горбольницы № 4 **Анна Каркавина** подчеркивает: новое реабилитационное отделение для Барнаула уникальное – в одном месте созданы возможности для восстановления пациентов с самыми разными заболеваниями.

Лариса Абраменко, начальник отдела планирования объемов и стандартизации медицинской помощи Минздрава Алтайского края, рассказала, что созданные в горбольнице № 4 условия – результат действия краевых и федеральных программ:

– С 2022 года на территории края реализуется региональная программа «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация», в рамках которой происходит поэтапное расширение медицинской реабилитации – оснащение и дооснащение отделений. В горбольнице № 4 им. Гулла в конце сентября открылось отделение соматической медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара. С 2025 года программа «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация» погружена в федеральный проект «Продолжительная и активная жизнь», и к 2030 году мы ожидаем увеличение на 26,5% возможностей восстановления здоро-

Цифры

1500 человек в год смогут проходить реабилитацию в этом отделении.

23 млн рублей выделено из краевого бюджета на капитальный ремонт помещений отделения.

35,4 млн рублей выделено из федерального бюджета в рамках нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь» на покупку оборудования для отделения.

Приобретено **76** единиц медицинской техники.

18 000 человек с начала 2025 года получили реабилитационную помощь в медучреждениях края.

В крае действуют **15** стационарных отделений с этой специализацией, а также **16** отделений на базе поликлиник и **10** дневных стационаров.

вья для пациентов после перенесенных заболеваний и травм. Здесь уже проходят реабилитацию пациенты терапевтического профиля, часть пациентов кардиологического, неврологического и ревматологического профилей. Отделение предназначено для оказания помощи жителям Алтайского края по направлениям медицинских организаций в соответствии со шкалой реабилитационной маршрутизации.

Елена Клишина

Фоторепортаж на стр. 32 >>

Новые технологии для детей-«торопыжек»

Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства в этом году получил большую партию оборудования – 130 единиц на общую сумму около 300 млн рублей. Средства были выделены из федерального бюджета в рамках нацпроекта «Семья», направленного в том числе на повышение рождаемости.



В. А. Мишенин, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных №1



Современное оборудование предназначено для двух отделений перинатального центра АККЦОМД – патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детей и отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. В них находятся самые «тяжелые» дети, требующие серьезных методов выхаживания с применением аппаратно-замещающих технологий (ИВЛ и других).

Что уже получено

По словам **Олега Зуйкова**, заместителя главного врача АККЦОМД по экстренной помощи, главного внеш-

татного специалиста-неонатолога края, столь масштабное переоснащение центра было проведено впервые с 2012 года. Первая поставка оборудования состоялась в июле, и техника продолжает поступать. То, что уже принято на баланс, используется и спасает жизни малышам. Рассказывая о том, какое оборудование получено, Олег Александрович приводит и конкретные примеры:

«Установки для ингаляции оксида азота применяются при сердечно-сосудистых патологиях у детей, в частности с развитием высокой легочной гипертензии. Воздушная

смесь поступает непосредственно в дыхательные пути и воздействует на сосуды, вызывая их расслабление. Раньше таким детям вводили препараты перорально, и не все малыши в силу тяжести своего состояния могли их усваивать. Они могли неделями находиться на ИВЛ. Теперь же сократились сроки лечения и повысился его эффект. Раньше такого оборудования у нас вообще не было. Более того, это отечественные установки, им нет аналогов и за рубежом. Оборудование

Продолжение на стр. 12 >>

«Продолжение. Начало на стр. 11»

Это важно!

Что надо знать о недоношенности

- Чем глубже недоношенность, тем выше риск патологий у ребенка.
- Важны каждый день, каждая неделя, которые ребенок провел в утробе матери.
- Если первый ребенок родился недоношенным, то у каждого последующего степень недоношенности, скорее всего, будет только увеличиваться, так как это связано с состоянием всей репродуктивной системы женщины.
- Незрелые внутренние органы малыша после рождения продолжают формироваться в условиях, которые вряд ли можно назвать для него благоприятными. Ряд исследований показывает, что глубоко недоношенный ребенок, находясь в инкубаторе, за сутки испытывает около двухсот стрессовых моментов: забор анализов, открытие-закрывание инкубатора, диагностические исследования (УЗИ, рентген), постановка катетеров, шум от следящей за состоянием маленьких пациентов аппаратуры и т. д. Его нервная система настолько незрелая, что воспринимает даже те звуки, которые с трудом различает ухо взрослого человека. Чем тяжелее состояние ребенка, тем больше у него лечебно-диагностических процедур. К примеру, ультразвуковой скрининг во время физиологической беременности выполняется всего два раза. А ребенку, находящемуся в отделении реанимации новорожденных, за месяц пребывания могут сделать ввиду тяжести его состояния ультразвуковое исследование до 20 раз (сердце, головной мозг, внутренние органы).

применяется на высоких параметрах искусственной вентиляции легких для того, чтобы снизить эти параметры. Ингаляции оксидом азота получили уже шесть малышей – это дети с тяжелой врожденной пневмонией на фоне малой аномалии сердца, с высокой легочной гипертензией. В одном случае прогноз при отсутствии такого оборудования был бы негативный – ребенок умер бы, так как не смог бы усваивать препараты, которые даются через рот. Мальчик родился на сроке 36 с половиной недель (это считается поздней недоношенностью), но с тяжелой врожденной пневмонией. Мы справились буквально за четыре дня – вылечили пневмонию, победили высокую кислородную зависимость. С учетом второго этапа выхаживания он провел у нас всего 19 суток, мальчика выписали домой.

Другое важное приобретение – инкубаторы для выхаживания детей. АККЦОМД получил их девять, они новые, современные, функциональные и просторные. Один даже предназначен для совместного пребывания двойни.

«Для близнецов важно, чтобы они находились рядом друг с другом. У них даже показатели жизнедеятельности синхронизируются – частота сердечных сокращений, дыхание, вплоть до режима питания. Есть данные, что они испытывают стресс, если их разделяют. В нашем перинатальном центре на сроке 36 недель родилась двойня, у одного из малышей были небольшие дыхательные нарушения. Второго малыша поместили в «двухместный» инкубатор для мониторинга его состояния и «за компанию», чтобы они не испытывали лишнего стресса. Наблюдали за ними мы всего сутки.

Из того, что уже поступило, – две цифровые рентгенологические установки, которые можно принести прямо к кроватке малыша и сразу же увидеть снимок на мониторе. Это важно при диагностике острых состояний. Новорожденным проводят рентгенологические исследования довольно часто, но по показаниям: смотрят состояние легких, органов ЖКТ. При цифровом исследовании снижается доза излучения. Плюс сразу видно, по-



лучился снимок или надо его переделывать. По внутренней сети результаты исследования тут же направляются в медицинскую информационную систему».

Что скоро поступит

В центре охраны материнства и детства со дня на день ожидают поступления еще одного уникального оборудования – установки для гипотермии. Ребенка, родившегося в состоянии тяжелой асфиксии, с оценкой по шкале Апгар менее трех баллов, с ее помощью вводят в некий анабиоз, для того чтобы он мог экономить свои жизненные ресурсы, борясь с последствиями кислородного голодания. Установка снижает температуру его тела до 34,5 градусов, процессы жизнедеятельности малыша замедляются, при этом клетки головного мозга, пострадавшего больше всего, перестают разрушаться. Степень их повреждения снижается, и для малыша



возрастает шанс благоприятный прогноз – меньше вероятность развития тяжелых последствий для центральной нервной системы, в разы ниже вероятность развития детского церебрального паралича.

«Можно сравнить это с тем, как замедляются процессы у холоднокровных животных, когда они впадают в спячку и у них замедляется сердцебиение. Но это не искусственное введение в кому – просто замедление физиологических процессов, чтобы организм не разрушался. Суть не в том, чтобы охладить пациента, а в том, чтобы правильно его согреть. В год у нас рождается до четырех детей с подобными проблемами», – пояснил Олег Зуйков.

Также неонатологи АККЦОМД ожидают поступления 12 аппаратов ИВЛ с современными модулями всех режимов вентиляции. Ими будут полностью оснащены два отделения детской реанимации. Поступят и две установки ультразвуковой диагностики отечественного производства. Они нужны для того, чтобы при возникновении жизнеугрожающей ситуации врач анестезиолог-реаниматолог мог сам провести исследование и оценить состояние малыша. Программное обеспечение этого оборудования адаптировано именно для работы неонатологов и категории пациентов 0+.

Кроме того, в списке новой техники – современное стерилизационное оборудование для молочного блока, наркозно-дыхательные аппараты для женской реанимации, а также шесть открытых реанимационных систем с дыхательным блоком и монитором для оказания реанимационной помощи новорожденным непосредственно в родзале. Как отметил Олег Зуйков, потребность перинатального центра АККЦОМД была закрыта полностью, с учетом замены устаревшего оборудования и необходимости новой техники.

Недоношенность как вызов

17 ноября отмечается Международный день недоношенных детей. Олег Зуйков рассказал, что ситуация в крае примерно соответствует мировой статистике: 10% детей сразу после рождения требуют медицинской помощи, в том числе в условиях отделений патологии и реанимации.

Из 700 детей, которые проходят ежегодно через отделения реанимации перинатального центра АККЦОМД, примерно для половины требуется замещение каких-либо жизненно важных функций. В частности, в искусственной вентиляции легких нуждаются около 260–300 детей, в ингаляциях оксида азота – около 30 малышей в год.

Это важно!

Профилактика недоношенности:

- вовремя встать на диспансерный учет по беременности – желательнее при первых признаках беременности;
- изменить свой образ жизни, исключив вредные привычки (прием алкоголя, никотина, запрещенных веществ);
- избегать эмоционально-психических перегрузок;
- избегать перегревания и переохлаждения;
- наладить правильное рациональное питание с учетом состояния беременности, в том числе прием витаминов и микроэлементов, фолиевой кислоты.

От 6 до 12% детей в мире рождаются недоношенными – то есть в срок менее 37 недель беременности. В крае в 2024 году было принято 15 694 родов, и в 5,6% из них родились недоношенные дети. Главный внештатный специалист-неонатолог региона отмечает: если в предыдущие годы у нас наблюдалось снижение количества детей, родившихся с массой тела менее одного килограмма, то в этом году отмечается некоторое увеличение. Это связано, во-первых, с увеличением возраста беременных женщин – в среднем первые роды происходят примерно в 32 года. Они считаются очень поздними, причем с возрастом растет и груз соматических заболеваний, и влияние неблагоприятных факторов окружающей среды. Кроме того, у позднородящих более высокий уровень тревожности относительно беременности и родов по сравнению с 20-летними матерями.

Другой фактор риска рождения недоношенных малышей – образ жизни беременной женщины, к которому можно отнести особенности питания, вредные привычки, употребление запрещенных веществ, особенности

Продолжение на стр. 14 ➤➤



«Продолжение. Начало на стр. 11-13»

Это важно!

У недоношенных детей могут развиваться:

- поражения ЦНС;
- внутрижелудочковые кровоизлияния в мозг по типу геморрагического инсульта с тяжелыми последствиями, вплоть до развития ДЦП;
- поражения органов зрения (ретинопатия недоношенных, риск развития слепоты);
- поражения органов слуха и риск развития тугоухости;
- риск развития хронических заболеваний легких;
- риск развития язвенно-некротического энтероколита, синдрома короткой кишки и удаления части кишечника;
- риск повреждения опорно-двигательного аппарата, спонтанные переломы конечностей из-за нарушения кальций-фосфорного обмена.

половой жизни и наличие инфекций, передающихся половым путем.

Однако от риска родить ребенка раньше срока не застрахован буквально никто. «Недоношенность, – говорит Олег Александрович, – это вызов мировому медицинскому сообществу, проблема, которую пока никто не знает, как решить. Удалось только снизить процент рождения недоношенных детей. Не зря в нашей стране ввели программу репродуктивной диспансеризации подростков, чтобы минимизировать такой фактор, как заболевания и патологии репродуктивной системы, выявляя их в более раннем возрасте».

Елена Клишина.

Фото предоставлено пресс-службой АККЦОМД

Точка опоры



В ноябре свой профессиональный праздник отмечают и психологи. В самых сложных ситуациях точка опоры нужна абсолютно всем. Большая часть пациентов Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи поступают в остром состоянии. Люди с тяжелыми заболеваниями, пострадавшие в ДТП, пережившие потери, могут находиться в глубоком стрессе. Психоэмоциональное состояние оказывает серьезное влияние на процесс выздоровления. Это означает, что без помощи специалистов здесь не обойтись. Чем занимаются психологи в экстренном стационаре – расскажем в нашем материале.

Найти потенциал

При оказании экстренной психологической помощи важно помочь человеку справиться с неожиданной для него реакцией стресса, обучить навыкам саморегуляции, предотвратить возможные осложнения в виде тревожных, депрессивных, посттравматических и прочих расстройств. Специалистам приходится сталкиваться с различными реакциями – от сопротивления и паники до открытой агрессии. «Часть пациентов самостоятельно справляются с трудностями, но особенность нашего стационара такова, что у достаточно большого числа больных могут возникать сложности, обусловленные особенностями как физического (необратимые травмы, инвалидизация), так и эмоционального (фобии, посттравматические расстройства и пр.) состояния, – говорит медицинский психолог ККБСМП **Наталья Стурова**. – Преимущественно мы работаем по запросам – как от врачей, так и от пациентов. Чаще всего сталкиваемся с реакциями тревоги, которые следуют за травматической ситуацией (тревога перед лечебными манипуляциями, страх утратить функциональные возможности, тревога по поводу налаживания жизни в ограниченных травмой или заболеванием условиях). Признаки депрессии присутствуют практически у каждого третьего пациента. Посттравматическое стрессовое расстройство, а также реакция горя, что часто можно встретить в больнице, как правило, возникают вследствие утраты – будь то прервавшаяся беременность, потеря близкого человека, пострадавшая конечность».

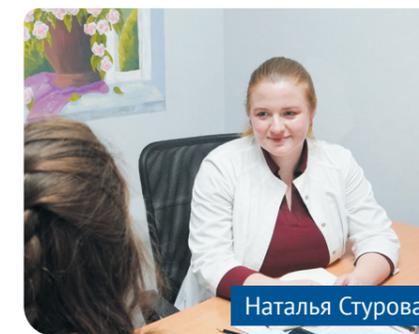
Медицинский психолог делает обходы на регулярной основе. Цель таких визитов – обойти каждую палату и оценить эмоциональное состояние больных, их мотивационную сферу и настрой на лечение. Помимо этого, специалист проводит индивидуальные консультации и групповые занятия, где обучает пациентов навыкам совладания со стрессом, эмоциональной регуляции, а также поведенческим навыкам, помогающим

справиться с трудностями, с которыми пациент сталкивается в данный момент.

«Мы знаем механизмы развития расстройств, знаем, как с этим работать, как наладить то, что было нарушено, и адаптировать пациента. Однажды я была участником работы с пациенткой, которая оказалась здесь вследствие ДТП, где погибли ее родные. Врачи делали все, что от них зависело, но шло большое сопротивление с ее стороны. Ввиду крайне слабой мотивации к реабилитационным мероприятиям пациентка буквально ничего не хотела делать для своего восстановления. Решили прибегнуть к помощи психолога. Когда мы начали с ней работать, то выявили убеждения и страхи, из-за которых пациентка максимально оттягивала момент восстановления и возвращения домой, где она столкнется с чувством горя и одиночества. В процессе работы удалось изменить ее мотивационную структуру и добиться положительного исхода», – рассказывает Наталья Стурова.

Специалист работает в стационаре третий год, и поначалу ей пришлось столкнуться с недопониманием роли психолога в процессе выздоровления со стороны персонала и пациентов. Сегодня врачи признают, что психологи помогают им возвращать пациентов к жизни. Поскольку, если у человека нет мотивации к восстановлению своего здоровья, то процесс выздоровления может затянуться.

Выведение из состояния шока, осознание потери, работа с самообвинением и обвинением окружающих, с дезадаптивным отношением к своему состоянию, своему будущему, со страхом инвалидизации, со страхом медицинских манипуляций – то, с чем работают психологи в экстренном стационаре ежедневно.



Наталья Стурова

«Мы объясняем сам механизм возникновения определенного ощущения, реакции, помогаем их осознать и ищем возможности наиболее эффективных вариантов выхода из тяжелых состояний. Воздействие при этом осуществляется на эмоциональном, когнитивном, поведенческом уровнях. Самое главное – осознать проблему, – отмечает медицинский психолог. – При утрате важно прожить и отреагировать те эмоциональные состояния, которые актуализируются в создавшейся ситуации. При тревоге – выявить убеждения, подкрепляющие данную реакцию, и модифицировать их. Нет универсального метода работы, но знание механизмов позволяет вернуть ощущение контроля над ситуацией, где максимально чувствуешь свою беспомощность. Особенность нашей больницы такова, что пациенты могут находиться здесь разное количество времени. К сожалению, не всегда удается довести процесс до конца. Остается радоваться, что нам удается дать пациенту начальные знания о собственном состоянии, снять острые реакции и напряжение, получить ресурс и нацелить пациента на дальнейшее лечение».

Наталья Стурова соматическое направление в работе выбрала, будучи студенткой. По ее словам, после окончания вуза у нее не было иного видения своего профессионального развития. «Где, как не в больнице скорой медицинской помощи, можно применить свои знания и навыки психологу?.. Пациенты, которые сюда попадают, априори находятся в кризисной ситуации. Смена обстановки на больничную, влияние заболева-

Продолжение на стр. 16»

«Продолжение. Начало на стр. 14-15»

ния или травмы на качество жизни, возможности функционирования, осуществления повседневной деятельности и снижение возможностей взаимодействия в межсоциальном ключе – все это претерпевает изменения. Помощь психолога в такой ситуации просто необходима, и это оказало решающую роль в выборе не только направления работы, но и места. В больнице скорой помощи все работают как одна команда – быстро, четко, слаженно, и это дает непередаваемое ощущение важности и эффективности своего дела», – убежден специалист.

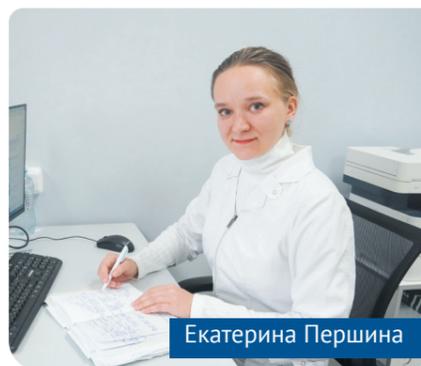
Медицинский психолог подчеркивает: в любой критической ситуации важно сконцентрироваться на тех потенциальных возможностях, которые в данный момент доступны. Сложно выделить единый, универсальный метод работы; как правило, вся суть заключается в самом терапевтическом взаимодействии. Но навык осознанности в значительной степени способствует пациентам в оценке своего состояния, помогает им замечать происходящее, видеть маленькие шаги к лечению, не фиксироваться на отрицательном, но видеть ситуацию травмы или заболевания наиболее объективно.

Получить импульс

Чем раньше начато оказание психологической или медицинской помощи, тем лучше динамика восстановительного процесса. Мероприятия по медицинской реабилитации на первом этапе должны быть начаты в острейший (до 48 часов) и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств. Первый этап реабилитации в ККБСМП начинается в отделении анестезиологии и реанимации и осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой, в которую входит медицинский психолог. В рамках реабилитации деятельность специалистов направлена на восстановление или же компенсацию нарушенных или утраченных функций систем организма.

Как может помочь психолог, когда человек находится в тяжелом состоянии, когда сознание нарушено? «Когда у пациента нарушено сознание, его привычная жизнедеятельность изменяется. Адаптировать пациента к изменившимся условиям, а также улучшить качество жизни – одна из основных целей работы психолога, – поясняет медицинский психолог отделения ранней медицинской реабилитации **Екатерина Першина**. – На первом этапе реабилитации медицинский психолог воздействует на сенсорные системы организма – это слух, обоняние, осязание (тактильная система), зрение. Такие сигналы помогают «пробудить» пациента и его желание вернуться к реальной действительности. Работа каждый раз строится на индивидуальном подходе – ищем сенсорные стимулы, которые подойдут конкретному человеку. Вспоминается случай, когда пациент до травмы, по словам родственников, играл на музыкальном инструменте. Сенсорная стимуляция в этом случае заключалась в следующем: мы (совместно с родственниками) находили произведения, которые он прежде сам играл, воспроизводили ему, и его состояние менялось – он начинал реагировать, сознание постепенно восстанавливалось».

В условиях отделения медицинские психологи проводят музыкальную терапию, сказкотерапию, сенсорную стимуляцию, а также работают с родственниками пациента, которые принимают активное участие в его восстановлении. «Мы читаем фрагменты сказок или же определенных книг – сами или просим родственников это сделать. Звук знакомого голоса способствует большому отклику. Если пациент находится в сознании, то в таком случае обсуждаем содержание текста, его смысл. Так стимулируются слуховая система и мыслительная деятельность, – отмечает Екатерина Першина. – Эмоциональное состояние близких также важно – оно влияет на динамику выздоровления самого пациента. Мы рекомендуем родственникам держать своих близких за руки, делать им массаж рук



Екатерина Першина

и тела и много разговаривать. Прикосновения не только стимулируют работу мышц, но и являются проявлением заботы, которую ощущает человек».

Если пациент в сознании, то с помощью различных психологических методов медицинские психологи проводят диагностику – оценивают эмоциональное состояние пациента, его поведенческие особенности, наличие когнитивных нарушений, выявляют актуальные потребности и определяют дальнейшую тактику психологического вмешательства.

Дальнейшее восстановительное лечение проходит уже в специализированных отделениях больницы. Медицинские психологи продолжают наблюдать за эмоциональным состоянием пациентов и при необходимости оказывать им психологическую поддержку, применяя различные техники из когнитивно-поведенческой терапии, гештальт-терапии, экзистенциальной терапии, а также арт-терапевтический подход (рисование, работа с пластилином) и многое другое. Используется максимальный спектр воздействия на сенсорные системы человека. Ведь чем богаче арсенал, тем эффективнее процесс восстановления. Комплексный подход, применяемый в больнице, объединяет усилия хирургов, узких специалистов и медицинских психологов. Это позволяет пациентам успешно справляться со сложными физическими и психологическими проблемами и восстанавливать утраченное здоровье.

Ирина Савина

Был впечатлен «Собачьим сердцем»

30 ноября, последнее воскресенье месяца – День хирурга в России. Редакция «МиЗ» попросила рассказать о своей работе Дмитрия Шестакова, заведующего операционным блоком ККБСМП № 2.

Дмитрий Юрьевич – победитель двух краевых профессиональных конкурсов. В 2022 году он был признан лучшим молодым хирургом, в 2025 году – лучшим хирургом края. Стаж в хирургии – десять лет.

– **Что дает Вам участие в конкурсах?**

– Это мотивирует к профессиональному росту, развитию, когда понимаешь, что выполненная работа, в том числе научная, ценится, получает признание, и это стимулирует продолжать. Потому что из-за рутины иногда мы забываем о профессиональном росте. Когда оформляешь работу на конкурс, систематизируешь весь свой предыдущий опыт и видишь от одного конкурса к другому, что он пополнился.

– **Что из Вашего опыта помогло Вам победить?**

– Наверное, кроме практической работы, еще и участие в научной деятельности. У меня есть два патента на изобретения – предложения по усовершенствованию хирургических вмешательств – и шестнадцать научных публикаций. А также владение различными методиками – перечень проводимых вмешательств.



– **Благодаря чему Вы выбрали медицину и хирургию?**

– Я поступал в медицинский университет уже с желанием стать хирургом. Прочитал повесть Булгакова «Собачье сердце», которая меня впечатлила, и с 10-го класса целенаправленно начал готовиться к поступлению в АГМУ. Я учился в 69-й гимназии с углубленным изучением английского языка, знание которого мне тоже сейчас очень пригождается. На 3-м курсе, когда началась общая хирургия, я записался в научный кружок по хирургии. Базой для кафедры общей хирургии является наша больница, после окончания университета так я здесь и остался. Сейчас я еще лет восемь преподаю общую хирургию на факультете иностранных студентов – было три

выпуска. В основном это студенты из Индии и стран Ближнего Востока. Они изучают теорию, посещают операции, процедурные и перевязочные кабинеты, видят пациентов – смотрят, как работают хирурги.

– **Какими были Ваши первые шаги в практической деятельности, «вход» в специальность?**

– После окончания вуза ординатура у меня проходила в этой же больнице. В первый же день мне выпало экстренное дежурство и удалось даже прооперировать пациента с аппендицитом. До этого я уже ассистировал, какой-то практический опыт был. Какие ощущения были в тот момент? Переживания за результат, наверное,

Продолжение на стр. 18 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 17»

волновался. Когда операция закончилась, был рад, что сам справился. А в последующие дня три-четыре переживал, чтобы у пациента не возникло никаких осложнений. Все прошло благополучно.

Мои наставники – это, в первую очередь, **Виктор Анатольевич Ганков** – с 3-го курса он был руководителем моих научных работ в кружке по общей хирургии. Также это ныне покойный **Сергей Петрович Бубенчиков**, он был моим непосредственным наставником в ординатуре первые два года, обучал меня именно с практической точки зрения. Из старших коллег – **Армен Ромирович Андриян**.

– **Какие операции Вы освоили следующими?**

– Если говорить по очередности, то вторыми были грыжи брюшной стенки. Затем – операции по удалению желчного пузыря. Следующий шаг – резекции разных отделов кишечника (тонкой и толстой кишки). Далее – резекции желудка, операции при доброкачественных заболеваниях пищевода. В этом году мы внедрили новый метод, который ранее нигде в крае не применялся: совместно с врачами-гинекологами выполняем сакрорагинопексию – укрепление тазового дна при полном или частичном выпадении матки. Сейчас в основном провожу видеоассистированные резекции желудка, операции при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, при ахалазии кардии и видеоэндоскопические паховые герниопластики (устранение грыжевых дефектов).

– **Доводилось ли Вам сталкиваться с редкими случаями?**

– Да, это был перекут блуждающей селезенки, а пациентка поступила с подозрениями на ущемленную паховую грыжу – на нее указывало характерное выпячивание в паховой области. Во время операции выяснилось, что это перекут ножки селезенки, которая не была зафиксирована в своем обычном месте и перемещалась по брюшной полости. При обследовании с помощью УЗИ и рентгена этого



не было видно. Пациентка поступила довольно поздно, кровоток органа был нарушен, и селезенку пришлось удалить. Если бы ей не сделали операцию, она погибла бы от инфекционного шока или кровотечения. Случай был отражен в научной публикации. Другой случай – успешное видеоэндоскопическое удаление доброкачественной забрюшинной опухоли со сложным расположением. Этот опыт удалось представить на всероссийском конгрессе в виде видеосюжета.

Цифры

От **5 до 10** операций
проводит в неделю
Дмитрий Шестаков.

– **Что входит в обязанности заведующего оперблоком, кроме непосредственно операций?**

– Обеспечение работы операционной, в том числе материальное: расходные материалы, инструментарий, оборудование, в том числе контроль их своевременного приобретения. Контроль работы операционных мед-

сестер. Обучение персонала работе с новым медицинским оборудованием. Подготовка графика плановых операций, формирование операционных бригад. Наставничество: под моим руководством обучались шесть врачей-ординаторов, один врач-хирург первого года работы.

– **Пожалуйста, поделитесь ближайшими профессиональными планами.**

– В ближайшей перспективе необходимо систематизировать свой опыт для написания кандидатской диссертации. Она будет посвящена, вероятнее всего, одному из направлений лечения грыж брюшной полости.

– **За время работы в хирургии сложились ли у Вас какие-то свои «правила жизни»?**

– Во-первых, это поддержка начинающих специалистов, готовность обучать тому, что я умею сам. Второе: если возникает необходимость, прийти на помощь. Третье – достаточно общее, но немаловажное: человеческое отношение к людям, как к пациентам, так и к коллегам. Делать свою работу хорошо, как бы это банально ни звучало.

Елена Клишина.
Фото предоставлено
пресс-службой ККБСМП № 2

Защитить мочевой пузырь



Приход холодов почти всегда сопровождается расстройствами той или иной системы организма. Сегодня поговорим о мочеполовой системе. По данным российской статистики, ежегодно регистрируется 26–36 млн случаев цистита – воспаления слизистой оболочки мочевого пузыря. Большая часть пациентов – женщины репродуктивного возраста. Почему возникает это заболевание и можно ли от него защитить орган – расскажем в нашем материале.

Опасные палочки

«Цистит – это инфекционно-воспалительный процесс, который развивается в стенках мочевого пузыря и локализуется преимущественно в слизистой оболочке. По этиологии выделяют инфекционный и неинфекционный циститы. По течению циститы делят на острый и хронический», – поясняет кандидат медицинских наук, врач-уролог **Антонина Сульдина**.

Самой частой причиной цистита является бактериальная инфекция. В большинстве случаев инфекционным

агентом выступает кишечная палочка – *Escherichia coli*, ее выявляют почти у 80% пациентов при посеве мочи. Реже воспаления мочевого пузыря могут быть спровоцированы другими бактериями – клебсиеллой и стафилококком.

«Признаки цистита у женщин встречаются гораздо чаще, чем у мужчин. Это обусловлено гормональными и анатомо-физиологическими особенностями. Анатомия женского организма предрасполагает к мочевым инфекциям: короткий и широкий мочеиспускательный канал (уретра), близкое расположение отверстия уретры к влагалищу и анусу, где «обитает» флора, потенциально способная вызвать воспаление, приводят к тому, что микроорганизмы кишечной группы могут попасть в мочевой пузырь восходящим путем», – говорит врач.

Уролог отмечает, что большинство обострений заболевания приходится на весенний и осенний периоды. Причины достаточно много: переохлаждение, инфекции, несоблюдение гигиены, снижение иммунитета, а также

Продолжение на стр. 20 >>

«Продолжение. Начало на стр. 19»

сопутствующая патология (сахарный диабет, анемия, гинекологические заболевания). Кроме того, факторами риска выступают сидячая работа, ношение синтетического белья и стрессы.

Избежать осложнений

Несмотря на то, что цистит обладает набором характерных симптомов, врачи рекомендуют сдавать общий анализ мочи для подтверждения диагноза. При цистите в ней будет повышенное количество лейкоцитов, эпителия, а также бактерии и нитриты – продукты жизнедеятельности бактерий. Иногда возможно повышение общего белка мочи и наличие эритроцитов в большом количестве.

Игнорировать эту проблему или заниматься самолечением нельзя. Одно из самых распространенных

осложнений невылеченного цистита – пиелонефрит (воспаление чашек и лоханок почек с одновременным поражением почечной ткани). Врач-уролог подберет лекарственную терапию, которая поможет решить проблему и избежать осложнений.

«Лечение цистита – консервативное. Как правило, мы назначаем антибактериальные, противовоспалительные средства, а также растительные препараты. Лечение при рецидивирующем цистите направлено на профилактику рецидивов, профилактику и лечение осложнений, – говорит Антонина Сульдина. – Женщинам с посткоитальным циститом, когда рецидивы четко связаны с половым актом, рекомендуется посткоитальная антибиотикопрофилактика, а также применение специальных гелей, обволакивающих наружное отверстие уретры».

В качестве профилактики острого цистита и обострений хронического

Это важно!

Симптомы цистита:

➤ **болезненное мочеиспускание** – процесс опорожнения сопровождается резью, жжением, болью в уретре, которая усиливается в конце мочеиспускания;

➤ **боль в уретре или в надлобковой области**. Воспаление часто приводит к появлению ноющей или острой боли в нижних отделах живота, которая усиливается при движении или нажатии на область мочевого пузыря;

➤ **учащенное мочеиспускание** – частые, неотложные позывы к мочеиспусканию. Больные отмечают внезапно возникшую потребность опорожнить мочевой пузырь гораздо чаще обычного, иногда каждые 15–30 минут, даже при выделении небольшого количества мочи;

➤ **изменения в характере мочи**. При остром цистите она становится мутной, приобретает неприятный запах. Иногда в ней появляются примеси крови (гематурия), что свидетельствует о более тяжелом воспалительном процессе;

➤ **ощущение неполного опорожнения**. Несмотря на частые позывы, после мочеиспускания остается чувство, что мочевой пузырь опорожнен не полностью.

При наличии двух обострений в течение полугода или трех обострений в течение года урологи говорят о хроническом или рецидивирующем цистите.

цистита врач рекомендует: избегать переохлаждений, своевременно проводить санацию очагов хронической инфекции, соблюдать личную гигиену. Кроме того, хороший поддерживающий эффект дадут прием фитопрепаратов, иммунопрофилактика, а в некоторых случаях – инстилляции с препаратами гиалуроновой кислоты.

Подготовила
Ирина Савина

На заметку

Профилактика воспаления мочевого пузыря

➤ Организм имеет средства защиты от цистита, профилактика должна поддерживать естественные механизмы антибактериальной защиты.

➤ Возникновению воспаления препятствует процесс мочеиспускания – «вымывающий» бактерии эффект потока мочи. Здоровая слизистая содержит слой мукополисахаридов, мешающий бактериям прикрепиться к стенке и размножиться: клетки слизистой продуцируют антимикробные вещества. Низкий pH мочи (моча в норме – кислая) и высокая плотность солей создают неблагоприятные условия для роста бактерий. Кроме того, особые иммунные антитела – иммуноглобулины А – защищают от инвазии патогенных микроорганизмов.

➤ Пациентам, склонным к циститам, или при рецидивирующем за-

болевании, важно ежедневно пить достаточно жидкости, не переохлаждаться, принимать курсами (лучше в межсезонье) фитопрепараты или травяные чаи с уросептическим и легким мочегонным эффектом, включая препараты из клюквы.

➤ Важно также лечить сопутствующие или основные заболевания. Пациентам с частыми рецидивирующими циститами, вызванными кишечной палочкой, врач может назначить препарат лиофилизата бактерий для формирования местного иммунитета на слизистой мочевого пузыря и уретры.

➤ Женщинам в менопаузе для профилактики рецидивов цистита рекомендуется использовать пробиотики (интравагинально или перорально), а также вагинальные препараты эстрогенов по назначению врача.

Гемолитическая болезнь плода

Гемолитическая болезнь плода (ГБП) и новорожденного (ГБН) – это пренатальное заболевание, которое вызывается изоиммунизацией в результате несовместимости крови матери и плода по резус-фактору и групповой принадлежности. Происходит образование изоантител в организме матери, направленных против эритроцитов ребенка и вызывающих их гемолиз или резкое торможение их образования.

На сегодняшний день известно 236 антигенов эритроцитов, которые обнаружены в 29 генетически независимых системах.

Большинство случаев (95%) развития ГБП обусловлено несовместимостью крови плода и матери по эритроцитарным антигенам системы «Резус» и его подтипам, системы «ABO» и редким антигенным системам (5%) – «MNS», «P», «Kell» (4,5%), «Kidd», «Duffy» и др.

Это объясняется высокой иммуногенностью системы «Резус» и системы «ABO» по сравнению с антигенами других групповых систем крови.

Антигенная система резус-фактора

Система резуса состоит из 50 определяемых группой крови антигенов, среди которых наиболее важны **шесть Rh-антигенов: D, C, c, d, E и e.**



Часто используемые термины «резус-фактор», «отрицательный резус-фактор» и «положительный резус-фактор» относятся только к **антигену D.**

Резус-положительными являются около 85% людей европеоидной расы, резус-отрицательными – 15%.

Причины и факторы риска развития ГБП по Rh-системе

Вероятность развития конфликта при первой беременности несенсибилизированной женщины составляет **1–1,5%.**

После родов у Rh-отрицательных женщин, родивших Rh-положительного ребенка, сенсибилизация развивается в **10–15%** случаев.

При каждой последующей беременности Rh-положительным плодом вероятность развития заболевания **возрастает на 8–10%.**

Частота встречаемости резус-несовместимости матери и плода составляет **9–13%**, а ГБПН развивается у **1 : 20–25** новорожденных, рожденных резус-отрицательными матерями.

Так почему же ГБПН развивается не у каждой резус-отрицательной беременной женщины, вынашивающей резус-положительный плод?

Этому способствуют **защитные механизмы в развитии конфликта по Rh-системе.**

– Плацента за время беременности в норме пропускает не более 0,1–0,2 мл плодовой крови, а для сенсибилизации необходимо около 0,5–5 мл плодовой крови.

Самое массивное поступление плодовых Ig к матери происходит начиная с 37 недель беременности, во время родов и при таком грозном осложнении беременности и родов, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: от 3–4 до 10 мл.

– Если Rh-отрицательная женщина родилась от гетерозиготной Rh-положительной матери (организм женщины обладает относительной толерантностью к D-антигену плода).

– Сопутствующая групповая несовместимость (двойной конфликт) – риск развития заболевания снижается до 30%, в силу блокирования Ig плода естественными групповыми материнскими антителами (α, β агглютинины – IgM). Защитное действие ABO-несовместимости связано с «клональным» соревнованием за антиген.

Продолжение на стр. 22 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 21»

– Если отец ребенка является гетерозиготным, риск развития заболевания снижается в 2–4 раза вследствие снижения изоиммунной активности D-антигена плода и 50% вероятности, что плод – Rh-отрицательный.

– Иммуносупрессивное состояние женщины во время беременности.

– 20–35% Rh-отрицательных людей вообще не способны к ответу на D-антиген.

Клиническая картина

Специфические симптомы у матери отсутствуют. Изменения наблюдаются только у плода: анемия, снижение двигательной активности, отечный синдром (анасарка), многоводие, утолщение плаценты. Возможно развитие водянки с асцитом, гидроперикардом, гидротораксом и генерализованными отеками.

Диагностика

Определение группы крови и Rh-фактора у обоих родителей на этапе прегравидарной подготовки или при постановке будущей матери на учет по беременности.

Для своевременной диагностики рекомендовано направлять резус-отрицательную беременную пациентку на определение антиэритроцитарных (антирезусных) антител:

– при первом визите, затем при отсутствии антител;

– в 18–20 недель беременности;

– в 28 недель беременности.

В настоящее время возможна молекулярная диагностика резус-статуса плода с помощью внеклеточной ДНК, циркулирующей в крови у беременной.

При наличии антиэритроцитарных (антирезусных) антител необходима ультразвуковая доплерография с



определением максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (МССК СМА) плода с 18–19 недель беременности – эффект основан на повышении скорости кровотока в СМА, обусловленного увеличением сердечного выброса и снижением вязкости крови.

Увеличение МССК СМА для соответствующего срока беременности с высокой чувствительностью и специфичностью свидетельствует о развитии у плода гипердинамического типа кровообращения, а повышение значений этого показателя (более 1,5 МоМ) характерно для тяжелой анемии, требующей вмешательства в течение беременности.

Кордоцентез

При ГБП в случае проведения кордоцентеза (забора крови из пуповины плода) для определения состояния плода рекомендовано исследование крови плода, которое включает:

– определение основных групп по системе «ABO»;

– определение антигена D системы «Резус» (резус-фактор);

– исследование уровня общего гемоглобина в крови;

– оценку гематокрита;

– исследование кислотно-основного состояния (КОС) и газов крови;

– прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса).

Лечение

Наиболее эффективным методом лечения тяжелой ГБП являются внутриутробные переливания отмытых эритроцитов через пуповину. Процедура проводится под контролем ультразвука, начиная с 18–20 недель, и повторяется каждые 2–3 недели до достижения зрелости плода. Перед досрочным родоразрешением (до 34 недель) проводится профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС).

Родоразрешение

Выбор метода зависит от состояния плода и матери. При отечной форме и после внутриутробных трансфузий предпочтительно оперативное родоразрешение (кесарево сечение) в сро-

ке 37 недель. При стабильном состоянии плода возможно выжидательное ведение под контролем УЗИ и КТГ.

Профилактика

Профилактика делится на антенатальную (во время беременности) и постнатальную (после рождения плода).

Специфическая антенатальная профилактика резус-изоиммунизации: введение антирезус иммуноглобулина в 28–30 недель при отсутствии антител. Кроме этого введения дополнительное введение иммуноглобулина человека антирезус Rh₀[D] беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител назначают **после проведения инвазивных диагностических и лечебных вмешательств во время беременности.**

Постнатальная специфическая профилактика резус-изоиммунизации матери проводится при резус-положительной принадлежности крови новорожденного путем внутримышечного введения иммуноглобулина человека антирезус Rh₀[D] в дозе 1500 МЕ (300 мкг) сразу после получения результатов исследования крови ребенка, и желательно не позже, чем **через 72 часа после родоразрешения (предпочтительно в течение первых двух часов).**

Заключение

Гемолитическая болезнь плода остается серьезным акушерским осложнением. Современные методы диагностики и лечения позволяют значительно снизить перинатальную смертность. Ранняя идентификация риска и применение антирезус иммуноглобулина являются ключевыми мерами профилактики. Соблюдение клинических рекомендаций обеспечивает эффективное ведение беременных с резус-изоиммунизацией.

Кравцова Елена Станиславовна, к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО; Белоусова Кира Олеговна, ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО

Про диабет – доступно, проверено, экспертно

14 ноября отмечают Всемирный день борьбы с диабетом и День эндокринолога. В России в конце августа был запущен главный информационный ресурс страны для пациентов с этим заболеванием и тех, кто им помогает, – цифровая экосистема «Про Диабет». Чтобы войти в нее, достаточно подписаться на каналы «Про Диабет» в сетях «ВКонтакте» и «Telegram». На этих каналах публикуется только качественный и безопасный контент, проверенный экспертами ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И. И. Дедова» Минздрава России.

Для удобства материалы сгруппированы по рубрикам: «Словарь пациента», «Вопросы эксперту», «Советы диетолога», «Доказано: неправда», «Диабет в деталях» и др. Редакция «МиЗ» изучила уже опубликованные материалы и приводит некоторые выдержки из них.



Отвечаем на вопрос: что такое коморбидность?

Коморбидность – это одновременное наличие у пациента двух или более хронических заболеваний, патогенетически или статистически связанных между собой.

Примеры коморбидности: сахарный диабет и ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и сахарный диабет 2-го типа.

Как подготовиться к консультации с врачом

Вот главные правила общения с врачом на приеме.

1. Возьмите с собой все устройства, которые вы используете для контроля диабета (глюкометр, системы непрерывного мониторинга глюкозы, инсулиновую помпу). Также возьмите дневник самоконтроля с записями

Продолжение на стр. 24 >>

«Продолжение. Начало на стр. 23»

показателей глюкозы, питания и введения инсулина за последние 1-2 недели.

2. Запишите все интересующие вас вопросы заранее.

3. Если вы что-то не понимаете во время общения с доктором, обязательно сразу переспросите, попросите объяснить подробнее.

4. Не ждите, когда вас спросят, хотите ли вы обратиться к диетологу, психологу, пройти «Школу диабета». Сами поинтересуйтесь, как получить консультации этих специалистов.

5. Если вы опасаетесь, что не сможете усвоить всю информацию, полученную от врача, придите на прием с кем-то из близких.

6. Узнайте, можно ли связаться с врачом и как (например, по телефону или по электронной почте), если возникли вопросы между запланированными приемами.

7. На консультацию нужно обязательно записываться заранее. Попасть на прием без экстренной причины, просто, когда вам захочется, практически невозможно.

8. В случае резкого ухудшения состояния, не дожидаясь консультации, следует вызвать скорую помощь (круглосуточный бесплатный номер – 103).

Как ухаживать за кожей при сахарном диабете 1-го типа

Кожа пациентов с сахарным диабетом 1-го типа регулярно подвергается травматизации и воздействию раздражителей, поэтому необходимо знать правила ухода.

1. Необходимо правильно выбрать места для инъекций, размещения инфузионных наборов или установки средств непрерывного мониторинга глюкозы (НМГ).

Чередуйте места инъекций инсулина/установки канюль: используйте несколько разных зон.

При выборе места установки инфузионной системы не используйте места, где есть плотное соприкосновение с одеждой (например, в области пояса).

Чередуйте места установки датчиков НМГ: в случае, если производителем обозначена одна зона установки – например, задняя поверхность плеча, то чередуйте правое и левое плечо между собой; если обозначено дополнительное место – например, область живота, то чередуйте и с этой зоной.

Отступайте на 2-3 см (два пальца) от предыдущих мест инъекций инсулина, установки канюль, областей, где были ранее установлены датчики НМГ.

Качественная подготовка кожи – важный этап для предупреждения нежелательных явлений. Перед установкой канюли/датчика НМГ необходимо хорошо обработать выбранную область спиртовой салфеткой (обезжирить поверхность для более жесткого контакта с клеевой основой), дождаться высыхания поверхности, а затем приступить к установке.

Чтобы улучшить фиксацию систем НМГ, можно использовать специальные пластыри, тейпы, мягкие бинты.

При удалении старого датчика НМГ, канюли от инфузионного набора инсулиновой помпы следите за тем, чтобы не было выраженных кожных реакций.

Для менее болезненного снятия можно использовать детское масло, специальные растворы на масляной основе. Снимайте клейкую основу аккуратно, медленно отклеивайте пластырь, загибая его вниз, чтобы не травмировать кожу. После снятия обработайте кожу, для увлажнения используйте крем.

После снятия следите за признаками воспаления в местах проколов (повышение температуры кожи, гной, покраснение, припухлость, боль).

При возникновении признаков воспаления необходимо обратиться к врачу!

Инъекции инсулина можно делать только в живот?

Давайте разбираться. На самом деле инсулин можно вводить в разные области тела: живот, передняя поверхность бедра, задняя поверхность плеча, ягодицы.

Если вы используете обычные человеческие инсулины, скорость всасывания инсулина зависит от места инъекции.

Наибольшая скорость: живот (кроме белой линии живота и отступая 2-3 см от пупка).

Умеренная скорость: предплечья (следует вводить с осторожностью, так как есть риск введения в мышцу) и бедра.

Наименьшая скорость: ягодицы (верхний наружный квадрант) и боковая поверхность поясничной области.

Для введения инсулина короткого действия перед едой/или введения инсулина на коррекцию советуем использовать живот. Для введения длинного инсулина лучше использовать предплечья и бедра.

При использовании аналогов инсулина скорость всасывания существенно не зависит от места инъекции, поэтому такие инсулины можно делать в любое удобное место.

Обращаем внимание на важность смены мест для инъекций. При повторном введении инсулина в одно и то же место существует риск появления уплотнений (липодистрофий). При введении инсулина в одно и то же место нарушается всасывание инсулина, что вызовет колебания гликемии. Необходимо чередовать места инъекции, отступая на 1-2 см от предыдущего места введения.

Как распознать и остановить тяжелую гипогликемию?

Гипогликемия – это состояние, при котором уровень глюкозы в крови падает ниже 3,9 ммоль/л. Такое состояние требует немедленного реагирования, особенно у людей с сахарным диабетом, которые получают инсулин или таблетированные сахароснижающие препараты.

При тяжелой гипогликемии человек не может помочь себе сам, а ино-

гда и теряет сознание. Его состояние требует вмешательства другого человека, а если не начать лечение, могут развиться судороги или кома.

Если человек в сознании, но нуждается в помощи, дайте ему 2-3 хлебные единицы (ХЕ) быстрых углеводов или используйте глюкагон (1 мг), если он есть под рукой. Это может сделать кто-то из близких, заранее обученный.

Если человек потерял сознание – главное правило: не пытайтесь кормить или поить его! Это может привести к удушью.

Нужно: уложить больного на бок и убедиться, что во рту у него нет пищи. Ввести 1 мг глюкагона подкожно или внутримышечно. Вызвать скорую помощь.

Близкие должны уметь распознать гипогликемию и знать, как действовать. Если больной в сознании – дать ему быстрые углеводы (сок, мед, сахаросодержащую газировку, сахар). Если без сознания – не вливать ничего в рот, использовать глюкагон или вызвать скорую помощь.

Почему нужно реагировать сразу? Тяжелая гипогликемия угрожает жизни.

Как распознать и остановить гипогликемию до того, как она станет опасной?

Гипогликемию можно условно разделить на легкую и тяжелую.

Легкая гипогликемия – когда вы сами чувствуете приближение «гипо»: появляются дрожь, холодный пот, ощущение голода, слабость или тревога. Это сигнал организма, что пора принять срочные меры. Что делать?

Съешьте 1-2 ХЕ быстрых углеводов (10–20 граммов).

- Это может быть:
- 2–4 кусочка сахара;
 - 100–200 мл сока или сладкого лимонада;
 - 1–1,5 ст. ложки меда или варенья;
 - 4–5 таблеток декстрозы.

Через 15 минут обязательно проверьте уровень глюкозы в крови. Если он все еще низкий, повторите прием 1-2 ХЕ быстрых углеводов.

Всегда имейте с собой источник быстрых углеводов – в сумке, кармане, машине.

Если у вас есть риск тяжелых гипогликемий, носите с собой глюкагон и научите родных, как его использовать.

Ведите дневник самоконтроля: частые эпизоды гипогликемии – повод пересмотреть дозы инсулина или питания.

Проверяйте срок годности тест-полосок и калибровку глюкометра.

Почему нужно реагировать сразу? Легкая гипогликемия может быстро перейти в тяжелую, а тяжелая угрожает жизни. Но все это можно предупредить – достаточно немного внимательности и четкого понимания, что делать в нужный момент.

Можно ли родить здорового ребенка при сахарном диабете?

Да, можно. И не просто можно – тысячи женщин с сахарным диабетом становятся мамами здоровых малышей. Главное – правильно подготовиться к беременности и находиться под наблюдением специалистов.

Сахарный диабет (как 1-го, так и 2-го типа) не исключает возможность рождения здорового ребенка. Но такая беременность требует особого внимания, и вот на что важно опираться.

Подготовка до беременности. Если диагноз сахарный диабет известен заранее, идеальный и самый верный вариант – спланировать беременность:

- добиться компенсации углеводного обмена (достижение индивидуальных целей гликемии, гликированный гемоглобин менее 6,5%);
- пройти обследование на предмет осложнений сахарного диабета;
- подобрать схему инсулинотерапии;
- скорректировать питание;

Это важно!

На каждом флаконе/пенфилле или одноразовой шприц-ручке с инсулином обязательно имеется указание срока годности препарата.

– начать профилактический прием фолиевой кислоты и калия йодида.

Во время беременности:

- поддерживать гликемию в целевых значениях;
- следить за кетонами в моче;
- проходить обследования на предмет осложнений сахарного диабета раз в триместр, по показаниям – чаще;
- правильно питаться и вести дневники питания и гликемии;
- контролировать артериальное давление, белок в моче и обязательно корректировать дозы инсулина вместе с врачом-эндокринологом.

И самое важное – не быть одной. Вы не одни на этом пути. Врач-эндокринолог, акушер-гинеколог, «Школа диабета» – все рядом, чтобы помочь.

Как хранить инсулин

Запас инсулина должен храниться в холодильнике при температуре 2–8°C (не допускать заморозки).

Можно: хранить флаконы/пенфиллы или шприц-ручки с инсулином при комнатной температуре, в течение четырех недель. Важно, чтобы место хранения находилось вдали от батарей, обогревателей и прямых солнечных лучей.

Нельзя: носить флаконы инсулина или шприц-ручки в сумке зимой (носим только в термочехле), чтобы избежать замораживания. В летнее время важно избегать перегрева флакона или шприц-ручки (это может произойти, если оставить препарат на солнце или в закрытой машине).

Лавировать, чтобы вылавировать



14 ноября – Международный день логопеда. Логопедия как наука появилась в Европе в XVII веке, когда впервые были опубликованы научные труды на эту тему. В течение нескольких

веков логопеды предполагали, что дефекты речи происходят от недоразвития речевых мышц и неправильного дыхания. Сейчас, когда механизм речи изучен глубже, действия логопеда нацелены не только на развитие артикуляции

и дыхания, но и на работу с центральной нервной системой. Чем грозят речевые нарушения, а самое главное – возможно ли их устранить, узнаем у главного внештатного специалиста Минздрава Алтайского края, логопеда высшей категории Ольги Селиверстовой.



Сохранить систему

«Нарушение речевой функции – один из самых распространенных дефектов развития ребенка, который затрагивает около 62% детей от 0 до 18 лет. В последнее время отмечается рост речевых дефектов, что в первую очередь связано с ростом перинатальной патологии центральной нервной системы, со случаями генети-

ческой предрасположенности, а также с нарушением речевой среды, снижением общей речевой активности как родителей, так и детей, а также с поздним обращением к специалистам. Так, среди детей дошкольного возраста каждый первый-второй ребенок имеет ту или иную речевую патологию», – отмечает Ольга Селиверстова.

По словам эксперта, в последнее время увеличилось количество эпизо-

дов системных нарушений речи, когда страдает вся структура: лексико-грамматический строй, словарный запас, звукопроизношение, понимание речи и другие составляющие языковой системы.

«Чаще всего это общее недоразвитие речи, системное недоразвитие речи, фонетико-фонематические недоразвития речи. Нарушение произношения отдельных звуков также

имеет тенденцию к усложнению – все чаще случаются дизартрии (нарушение произносительной стороны речи, возникающее в результате поражения нервной системы. – Прим. ред.), ринолалии (нарушение звукопроизношения и тембра голоса, вызванное анатомическими или функциональными дефектами речевого аппарата. В просторечии это называют «гнусавостью», так как звуки приобретают характерное носовое звучание. – Прим. ред.) и крайне редко – сложные дислалии (нарушение звукопроизношения, при котором человек неправильно произносит отдельные звуки или группы звуков, заменяет их на другие или полностью пропускает в словах. – Прим. ред.), – продолжает специалист.

Чтобы решить эти проблемы, в нашем регионе работает логопедическая служба, которая включает специалистов из детских поликлиник и больниц, психоневрологических диспансеров и санаториев для детей. В нее также входят логопеды учреждений системы соцзащиты, реабилитационный центр «Журавлики», центры помощи семье и детям, логопеды учреждений образования, специализированные группы в детских садах и логопедические пункты в школах. Но, к сожалению, даже такая развитая структура не в силах закрыть все потребности. «Детей с тяжелой речевой патологией больше, чем мест для логопедических занятий во всех этих учреждениях. Существует проблема попасть на занятия. Большая очередь как для записи на занятия, так и на оформление в специализированные группы», – говорит Ольга Селиверстова.

Никогда не поздно

Нарушение устной речи – не просто внешний дефект, а отклонение от нормального развития. Как правило, оно влечет нарушение письменной речи, что, в свою очередь, провоци-

рует снижение общей успеваемости. «Кроме того, часто ребенок, а потом и взрослый стесняется говорить, нарушается общая коммуникация, возникают психологические проблемы, в том числе и с самооценкой», – поясняет врач.

Именно поэтому важно со всем вниманием отнестись к, казалось бы, одной из простых и привычных функций нашего организма. Исправить и восстановить речь можно в любом возрасте, если есть мотивация и терпение, подчеркивает Ольга Селиверстова. Эксперт отмечает, что наше речевое развитие идет поэтапно, и на каждом этапе родителям необходимо отнестись внимательно ко всем процессам. «В два месяца малыш начинает гулить и совершать неосознанные движения языком, в полгода – лепетать и произносить слоги. К первому году жизни ребенок в норме произносит первые 8–10 слов. К двум годам – первую фразу, которая подразумевает предмет плюс действие. К трем годам развивается общеупотребительная речь, включающая достаточно хороший запас слов и распространенные предложения. К пяти годам формируется речь взрослого человека – от словарного запаса и грамматического строя до произношения. К шести-семи годам – готовность к обучению в школе», – рассказывает эксперт. – Если ребенок не укладывается в эти критерии, то необходимо обращаться к логопеду. Чем раньше начинается реабилитация, тем быстрее и качественнее будет результат».

Маленькому ребенку скомпенсировать можно абсолютно все нарушения, убеждена Ольга Селиверстова, которая в профессии уже более пятидесяти лет. С детьми до года работают микрологопеды, которые выявляют врожденные проблемы, мешающие малышу правильно заговорить. Речь – функция нервной системы. И если она дает сбой, происходят нарушения. Поэтому очень важно при любых

неврологических отклонениях показывать ребенка логопеду. Чаще всего эти специалисты работают в команде с психиатрами, неврологами, оториноларингологами, сурдологами, ортодонтами и другими врачами.

Но и спектр профессиональных обязанностей самих логопедов сегодня обширен. В него входят первичный прием детей и взрослых, диагностика, выбор путей решения речевой проблемы, запись на занятия, направление на медико-педагогическую комиссию с целью определения в специализированную группу детского дошкольного учреждения либо взятие на занятие в логопедический пункт школы.

Еще одно направление работы логопедов – реабилитационные занятия, которые проводятся амбулаторно и стационарно во взрослой и детской сети. Кроме того, специалисты проводят профилактические осмотры с целью установления уровня речевого развития, а также консультируют родителей, медицинских и педагогических работников по вопросам формирования речевой функции.

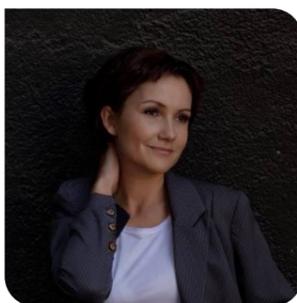
Для взрослых в крае существует только стационарная помощь, где помогают решить проблемы нарушения речи у больных с инсультом или черепно-мозговой травмой. Во взрослой стационарной сети сегодня работают 15 медицинских логопедов. А вот амбулаторную помощь оказывают только в частных медицинских центрах. Но самое главное – практически все речевые проблемы решаемы, подчеркивает Ольга Селиверстова. Просто иногда требуется длительное время для реабилитации.

Ирина Савина

ЕСТЬ, ЧТОБЫ ЖИТЬ

16 ноября – Международный день борьбы с анорексией. Это заболевание относят к психическим расстройствам из группы нарушений пищевого поведения. По официальной статистике, расстройства пищевого поведения (РПП) затрагивают по меньшей мере 9% населения во всем мире, а это около 70 млн человек. В нашей стране сложно указать точные цифры – пациенты чаще всего обращаются к частным психологам, руководствуясь деликатностью проблемы.

С какими расстройствами пищевого поведения чаще всего имеют дело специалисты, в чем их причины и как помочь в такой ситуации – расскажет психолог, член и спикер Российского общества «Знание», член Восточно-Сибирской ассоциации арт-терапевтов Елена Атучина.



Психика под напряжением

«Проблема лишнего веса или недостатка массы тела сегодня действительно становится массовой. В стране идет активная популяризация здорового образа жизни, открываются новые спортивные клубы и секции, но вместе с этим существуют доступность еды и тенденция развития индустрии фастфуда. А еда, как известно, самый простой способ получения дофамина – так называемого гормона удовольствия, которого подчас многим не хватает в жизни и который мы стремимся заполучить, – говорит Елена Атучина. – Одновременная пропаган-

да здорового образа жизни, культура тела и развитие пищевой индустрии приводят к тому, что у людей начинает возникать напряжение психики, связанное с едой, которое, собственно, и приводит к росту РПП среди населения. Одной из самых уязвимых категорий являются подростки. На фоне гормональной перестройки им необходимо выдержать школьную нагрузку, которая чаще всего сопровождается занятиями в различных секциях. На это же время у них приходится период самоутверждения среди сверстников – все это в совокупности создает довольно тяжелый психоэмоциональный фон».

Языком цифр

За последние 10 лет произошел рост РПП среди подростков практически в 2 раза – с 7,9% до 14,9%. Чаще всего они страдают:

- нервной анорексией – искаженным восприятием тела (дисморфофобией), паническим страхом перед набором веса и упорным отказом поддерживать здоровую массу тела;
- нервной булимией – приступами неконтрольного обильного потребления пищи и последующим насильственным опустошением желудка;
- компульсивным перееданием, для которого характерны периодические неконтролируемые приемы пищи и возникающее за ними чувство вины за съеденное.

Среди взрослых нервная анорексия встречается примерно у 1% женщин. Нервная булимия – до 2% у женщин, а у мужчин составляет примерно 0,5%. Перееданием страдают 2–4% мужчин и женщин в целом.

По словам психолога, женщины более склонны именно к невротическому виду РПП. В силу своих психоэмоциональных и гормональных особенностей они больше подвержены внутреннему конфликту: столкновение требований современных стандартов красоты, жизнь в хроническом стрессе и подавление эмоций. Мужчины же склонны к перееданию – у них, как правило, менее жесткие требования к собственному телу, но есть высокий уровень стресса и подавления эмоций.

«Хочу обратить внимание на то, что все вышеперечисленные состояния – классифицированные заболевания. То есть речь идет о глубоких, давно запустившихся процессах. В таких случаях необходима помощь квалифицированного специалиста – психиатра, – отмечает Елена Атучина. – Но существуют нарушения пищевого поведения, которые выступают предвестником невротического расстройства, и важно обращать на них внимание, чтобы ситуация не усугубилась и не ушла в психиатрическую клинику. В таких случаях с проблемой можно справиться самостоятельно или же при помощи психолога. В первую

очередь, тут мы говорим об эмоциональном пищевом поведении, или, проще говоря, о привычке заедать стресс. При таком типе поведения различные эмоциональные состояния (тревога, раздражительность, снижение настроения) становятся причиной потребления избыточного количества пищи. Еще один тип – ограничительное поведение, при котором люди ставят жесткие рамки по еде, убирают из своего рациона по своему усмотрению какие-либо продукты или же придерживаются строгих диет. В дальнейшем такое поведение приводит к срывам, а впоследствии и к невротическим расстройствам. И еще один тип нарушения пищевого поведения – экстернальный, при котором переедание провоцируется внешними факторами. Это, как правило, прием пищи не из чувства голода, а от скуки, за компанию или же, чтобы кого-то не обидеть».

Единая система

Когда возникает нарушение пищевого поведения, то специалисты подозревают целый комплекс причин, которые могли его вызвать. Они могут быть психического, психологического, эндокринного и даже генетического характера. Например, предрасполагает к этому генетически предопределенная дисфункция систем, регулирующих чувство сытости и насыщения – в первую очередь, это недостаток серотонина. Или же неправильное формирование установок питания в детстве, когда в семье пища считается главным источником удовольствия, или любой дискомфорт со стороны ребенка расценивается как повод его покормить, или же это материнская гиперопека, а также частые конфликты в семье.

«Когда пациенты приходят разобрататься с причиной лишнего веса, мы не сразу идем искать причины в психологии. Сначала я предлагаю им проверить уровень гормонов, биохимию крови, пройти УЗИ щитовидной железы и посетить узких специалистов – эндокринолога, гинеколога, гастроэнтеролога. К сожалению, сами люди редко доходят до врачей, пред-

почитая приобрести «волшебную таблетку». Но нужно понимать, что наш организм – единая система, где все друг с другом связано, – говорит психолог. – Как правило, если мы говорим об РПП, то у нас пересекаются минимум два параметра – уязвимость (речь именно о нарушениях и сбоях соматического здоровья) и триггер (психологическая составляющая), и работать нужно, учитывая оба».

По словам специалиста, одна из самых частых причин развития расстройств пищевого поведения сегодня – достаточно высокий уровень стресса. «Условия современной жизни сложно назвать стабильными, на них наслаивается большой информационный поток, причем с не всегда корректной информацией, обсуждение негативного контента, решение профессиональных задач – все это и многое другое создает колоссальное психическое напряжение. Нашей психике не важно, чтобы происходило что-то страшное на самом деле. Достаточно в голове нарисовать картину – и мозг уже воспринимает ее как произошедшее событие. Включается рептильный мозг, срабатывает сигнал для выживания, и организм входит в фазу стресса, вырабатывая соответствующие гормоны, – поясняет Елена Атучина. – У нас с детства заложен защитный механизм: малыш сбрасывает напряжение за счет прикладывания к маминной груди и поступления пищи. Так формируется реакция: чтобы снять напряжение, нужно поесть. Кроме того, когда уровень стресса высокий, возникающее напряжение требует много энергии. А когда мозг чувствует, что энергии мало, он включает режим ее пополнения, поскольку боится гибели организма. И, как правило, максимально быстро пополняют уровень энергии быстрые углеводы, что в конечном итоге приводит к их профициту».

Кроме того, по словам психолога, значительную роль во всем этом играет и развитие социальных сетей. «Яркие картинки жизни блогеров, путешествия, дорогие подарки вызывают

Продолжение на стр. 30 >>

«Продолжение. Начало на стр. 29»

ощущение: «Со мной что-то не так». И как следствие – недовольство собой, падение самооценки и... потребность заедать эти эмоции. Как правило, после этого у женщин развивается чувство вины за съеденное, поскольку «нужно быть стройной и красивой». Как следствие – чувство недовольства собой кратно растёт, искажается восприятие тела, мы начинаем видеть в нем только недостатки. Так постепенно развивается невротическое расстройство, – продолжает психолог. – Еще один фактор, который способствует нарушению пищевого поведения, – рост одиночества. Отношения перестали быть ценностью. Люди не пытаются сохранить связь, расходятся, а создавать новые отношения зачастую становится сложно. Это негативно отражается на самооценке, а также приводит к подавлению сексуальности. Подавление сексуальности, в свою очередь, – к росту тревожности и напряжения».

Внимание к деталям

Профессиональная помощь нужна и важна еще до формирования расстройств пищевого поведения, отмечает психолог. Стоит обращать внимание на следующие «звоночки»: продолжающийся набор веса; тяга к определенному типу продуктов; возникновение чувства голода, когда видите картинку еды или чувствуете запахи; походы к холодильнику в перерывах между приемами пищи; чувство тяжести и переедания после приема пищи; напряжение в теле, тяжесть в дыхании и постоянное чувство усталости. «Важно уже на этом этапе оказать поддержку своему организму, иначе в дальнейшем регулировать состояние будет гораздо сложнее. РПП опасны тем, что они снижают уровень качества жизни, самооценку, а также осложняют работу всех органов. В тяжелых случаях расстройство пищевого поведения завершается полным разрушением здоровья и даже уходом из жизни», – подчеркивает Елена Атучина.

Специалист рекомендует обращаться за помощью к психологу, когда вы стали замечать за собой, что склонны употреблять пищу, когда нет чувства голода; происходит набор или потеря веса; чувствуете, что отражение в зеркале вас не устраивает; возникает чувство вины после съеденного; излишне стали увлекаться диетами и подсчетом калорий.

«Все эти проявления могут незаметно перерасти в расстройство. Если это все же произошло и есть осознание проблемы, то важно не тянуть время и обратиться к психиатру или психотерапевту и к узким специалистам. Психолога здесь можно оставить как дополнительную поддержку, если не возражает психотерапевт или психиатр. Дело в том, что взаимодействие с психологом требует эмоционального ресурса – нередко приходится переживать достаточно глубокие эмоции, и на стадии расстройства они способны усугубить состояние, – говорит эксперт. – После каждой встречи я интересуюсь самочувствием пациентов на следующий день, через три дня и дней через пять. Особенно важно контролировать тех, кто пришел впервые: необходимо замечать любые изменения. Поэтому при работе с любым специалистом будьте внимательны к своему состоянию и не бойтесь сообщать ему обо всех изменениях».

Выбирая психолога, следует обращать внимание на направление, в котором он работает. «При работе с подростками лучше взаимодействовать в паре (родитель + подросток) и выбирать семейного психолога. Тем, кто склонен больше рационализировать, чем чувствовать, подойдет специалист в когнитивно-поведенческой терапии, который поможет изменить и скорректировать мышление. Специалист в работе с эмоционально-образной

На заметку

Признаки РПП у ребенка

- Изменение отношение ребенка к еде: стал есть значительно реже или не может остановиться и часто переедает.
 - Начались ночные приемы пищи.
 - Ограничивает себя в каких-то продуктах.
 - Стал интенсивно тренироваться и больше уставать.
 - Подвергается буллингу в школе.
 - Ухудшение сна, снижение концентрации и успеваемости в школе.
 - Ребенок избегает смотреть в зеркало, стал реже мыться, носит неопрятную и грязную одежду; часто высказывается критически в свой адрес.
 - Стал чаще болеть, руки или ноги становятся холодными; начались проблемы с кожей, волосами и зубами.
- Если родители обнаружили подобные симптомы, важно не критиковать ребенка и не говорить ему, что с ним что-то не так. Нужно спокойно обсудить, что беспокоит вас, услышать (а не выпытать) обратную связь и договориться о работе со специалистом, говорит психолог.

терапией поможет убрать эмоциональные триггеры, научить регуляции. Арт-терапевт подойдет детям и тем, кто чувствует, что ресурса на работу со специалистом почти нет», – рассказывает Елена Атучина.

Подростковый возраст в целом достаточно сложный эмоционально период, поэтому рекомендуется периодически водить ребенка на диагностику к психологу (арт-терапевту или клиническому) и на основании обратной связи делать выводы.

Ирина Савина

Хочу выразить огромную благодарность за проведенное оперативное лечение врачам гинекологического отделения № 2 КГБУЗ «Городская больница № 8, г. Барнаул» **Арине Владимировне Аскеровой** и **Надежде Владимировне Гетман**. Эти специалисты обладают глубокими профессиональными знаниями и опытом. Врачи профессионально разъясняют характер предстоящих исследований и вмешательств, бережно относятся к сохранению женского здоровья. Осуществляют качественное сопровождение в послеоперационном периоде. Я очень благодарна, что попала к данным специалистам. Желаю им профессиональных успехов.

Анна Леонидовна Кароннова

Благодарю инструктора ЛФК КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер» **Н. А. Ерошину**, врача ЛФК **Е. И. Воранкову** и медсестру физио **С. А. Прохорову** за восстановление после перелома голеностопа, это было быстро, эффективно и профессионально.

Андрей Николаевич Казменков

Хочу выразить благодарность прекрасному доктору КГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 7, г. Барнаул» **Сергею Захаровичу Иванову**. Ранее (в другом учреждении) нас напугали, что у ребенка большие аденоиды и в наши 1 год и 7 месяцев можно попасть на операционный стол. После консультации с Сергеем Захаровичем появились спокойствие и надежда, что все будет хорошо. Даны рекомендации. Доктор не отправил нас в никуда, а сказал, что после лечения осмотрит снова. Таких внимательных, заинтересованных в благополучии пациентов специалистов в медицине я давно не встречала. Спасибо.

Татьяна Викторовна Левыкина

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!».

Огромное спасибо нашему участковому педиатру КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 7, г. Барнаул» **Розе Бахшалиевой** за добросовестный труд, профессионализм и заботу о детях.

Марина Борисовна Ветренюк

Выражаю глубокую признательность и искренние слова благодарности врачам-ревматологам КГБУЗ «Краевая клиническая больница»: **Наталье Дмитриевне Диановой**, **Юлии Николаевне Толстокоровой**, **Наталье Николаевне Зябловой**! Неоднократно убеждалась как пациент, что назначают лечение специалисты всегда очень взвешенно и грамотно. Их профессионализм и неравнодушие к своему делу помогли мне не только избежать инвалидного кресла, но и улучшить качество жизни! Спасибо!

Татьяна Сергеевна Горбунова

Хочу сказать спасибо всему персоналу КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», а в особенности заведующей гериатрическим отделением **Елене Юрьевне Глазковой** за внимание и заботу о моей бабушке, за вовремя проведенное лечение. А также благодарю медицинского психолога **Ольгу Викторовну Губареву** за подсказку, как развивать память.

Людмила Николаевна Косачева

Были с ребенком на приеме в фильтре КГБУЗ «Городская поликлиника № 7, г. Барнаул». Молодой доктор **Алексей Васильевич Васильев** осмотрел ребенка, разъяснил проблемы, дал рекомендации по лечению. С ребенком разговаривал вежливо, не нервничал, когда ребенок не сразу делал то, о чем его просили. Очень важно, когда врач проявляет терпение и понимание. Желаем Алексею Васильевичу успехов в работе.

А. А. Леонова

Хочу выразить огромную благодарность заведующей неврологическим отделением КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» **Анне Викторовне Адлер** за высокий профессионализм, внимательное отношение и поддержку. Благодаря Вашим знаниям и опыту я чувствую себя намного лучше. Спасибо за Ваше бесценное умение возвращать людям здоровье! Низкий поклон! Побольше бы таких врачей! Также огромное спасибо врачу **Анастасии Сергеевне Симоновой** за внимательное отношение, за чуткость, за человечность. Таким и должен быть врач!

Надежда Артановна Курт

Хочется отметить идеальный персонал КГБУЗ «Родильный дом № 2, г. Барнаул»! Отличные акушеры и врачи. Роды прошли на высшем уровне, с максимальной поддержкой и заботой. Уютные палаты, хорошее питание, большие порции и всегда все вкусно. Хороший душ, туалет, что очень важно для нас, мамочек, после родов! Отдельно отмечу **Ирину Михайловну Дерепаско**, с ней роды прошли на высшем уровне. Хочу выразить ей огромную благодарность за такую слаженную работу! Никаких претензий к роддому у меня нет. Спасибо большое за идеальные роды!

Валентина Николаевна Ветрова



Новое отделение «четверки»

Месяц назад в КГБУЗ «Городская больница № 4 им. И. П. Гулла, г. Барнаул» начало действовать новое отделение медицинской реабилитации для пациентов с соматическими заболеваниями. Для него был выделен целый этаж, выполнен капитальный ремонт и приобретено новое, современное оборудование.

- 1500 человек в год смогут проходить реабилитацию в этом отделении.
- 23 млн рублей выделено из краевого бюджета на капитальный ремонт помещений отделения.
- Приобретено 76 единиц медицинской техники.



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: dzen.ru, medexpertco2.ru, yandex.ru, zoon.ru