

Мы и ЗДОРОВЬЕ

№ 4 (754) 20 апреля 2026 г. | Издается с 17 июня 1994 г.



Пройти свой путь ДОСТОЙНО

Стр. 12-14

Все о РАС

➤ Стр. 17-19

Особо АКТИВНЫ

Стр. 28-30

Забота о мамах и малышах

В Алтайском крае продолжается работа по совершенствованию системы охраны материнства и детства. Благодаря нацпроекту «Семья» Центр охраны материнства и детства в 2025 году получил современное медицинское оборудование, которое сегодня позволяет врачам оказывать помощь на принципиально новом уровне.

«Нацпроект «Семья» – это ответ на самые острые вызовы времени. В Алтайском крае, где демографическая ситуация требует особого внимания, поддержка материнства и детства становится приоритетом политики региона.

Благодаря решениям Президента России и последовательной работе партии «Единая Россия» у нас появились ресурсы для реальных перемен: в 2025 году на модернизацию медучреждений родовспоможения было направлено свыше 350 миллионов рублей. Закупка около 130 единиц оборудования для перинатального центра и Центра охраны материнства и детства – это не просто цифры, а спасенные жизни и здоровье будущих поколений. В Центр охраны материнства и детства поступило более 40 единиц оборудования на 127 миллионов рублей – это новый уровень заботы о семьях», – подчеркнул председатель комитета по здравоохранению АКЗС, член регионального отделения партии «Единая Россия» Владимир Лещенко.



Премия народного признания



Ежегодно, в рамках итоговой коллегии Министерства здравоохранения Алтайского края проходит церемония награждения лауреатов премии народного признания «Спасибо, доктор!». В этом году статуэтки получили 16 медицинских организаций, чьи пациенты больше всего обращались с словами благодарности в Минздрава Алтайского края в специальной рубрике на сайте. В 2025 году в адрес министерства через указанный сервис получено около двух с половиной тысяч благодарностей.

Международный практикум «Содружество без границ»

Во II Международном практикуме по диагностике и лечению наследственных орфанных заболеваний «Содружество без границ» приняла участие заведующая медико-генетической консультацией Консультативно-диагностического центра Алтайского края Татьяна Маряшина.

В программе участвовали специалисты разных направлений. Также были включены симпозиумы педиатрической направленности:

- наследственные синдромы в широкой педиатрической практике,
- опыт лечения детей с наследственными заболеваниями,
- сложные вопросы лечения метаболической патологии в педиатрии,
- повышение качества диагностики.

Городская больница № 8 г. Барнаула получила уже девятую статуэтку – это уникальный результат.

По итогам 2025 года премию вручили: КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр», КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Городская больница № 4 имени Н. П. Гулла, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская больница № 8, г. Барнаул», КГБУЗ «Городская больница № 2, г. Рубцовск», КГБУЗ «Городская больница № 3, г. Рубцовск», КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 2», КГБУЗ «Городская поликлиника № 9, г. Барнаул», КГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 14, г. Барнаул», КГБУЗ «Детская городская больница № 1, г. Барнаул», КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 7, г. Барнаул», КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 9, г. Барнаул», КГБУЗ «Бийская ЦРБ», КГБУЗ «Солонешенская ЦРБ».

Профильная комиссия озвучила результаты расширенного неонатального скрининга за 3 года работы. За это время были выявлены патологии у детей в доклинической стадии, они получают патогенетическую терапию и развиваются в возрастных рамках.

– Генетика в последнее время идет большими шагами в области диагностики и лечения заболеваний, которые 10 лет назад считались приговором. Программа охватывала все ключевые аспекты диагностики и лечения наследственных заболеваний – метаболических, митохондриальных, иммунных и других, – отметила Татьяна Михайловна.

Здравоохранение на селе становится другим



В Алтайском крае продолжается масштабная модернизация первичного звена здравоохранения. В 2025 году в районах открыли 28 ФАПов и фельдшерских пунктов, 3 врачебные амбулатории и 2 поликлиники, а также приобрели 17 единиц медицинского оборудования для 15 организаций.

Один из ключевых успехов прошедшего года – новая поликлиника в селе Ребриха. Учреждение, открытое 4 сентября при участии губернатора Виктора Томенко, работает уже более полугода и подтвердило свою востребованность: ежедневно оно принимает 210 пациентов в смену.

Новое учреждение значительно расширило диагностические возможности. В поликлинике работают современное эндоскопическое отделение и отделение лучевой диагностики – это позволяет врачам быстрее и точнее ставить диагнозы. Со дня открытия здесь:

- проведено более 10 000 рентгенодиагностических исследований;
- выполнено 539 эндоскопических исследований;
- проведено 3500 УЗИ;
- осуществлено свыше 250 000 лабораторных исследований;
- в малой операционной проведено 187 малых хирургических вмешательств.

«Новая поликлиника кардинально изменила ситуацию с доступностью качественной медицинской помощи в районе, – отметила главный

врач Ребрихинской ЦРБ Светлана Ковылина. – Современное оборудование позволяет нам выявлять заболевания на ранних стадиях и сразу начинать лечение. Мы видим, что жители села ценят возможность пройти комплексное обследование в одном месте, не выезжая за пределы района».

Председатель комитета АКЗС по аграрной политике, природопользованию и экологии, член фракции «Единая Россия» Сергей Серов добавил: «В 2025 году в Ребрихинском районе завершён ключевой этап модернизации здравоохранения: на средства федерального и краевого бюджетов (более 767 млн рублей) построены и оснащены новая поликлиника ЦРБ и ФАП в Усть-Мосихе. Обеспечена ответственность помощи – от неотложной в селе до специализированной диагностики в райцентре. Параллельно внедрены механизмы закрепления кадров, включая адаптацию выпускников. Будем держать на контроле вопрос укомплектованности штатов, чтобы инвестиции в здравоохранение дали полную отдачу для здоровья жителей района».

Работа по обновлению системы здравоохранения края продолжится. В 2026 году в рамках проекта «Модернизация первичного звена» нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь» запланированы:

- закупка 49 единиц оборудования для 35 медучреждений;
- покупка 4 передвижных медицинских комплексов (3 флюорографа и 1 маммограф) для ЦРБ Славгорода, Алейска и городской больницы № 2 Рубцовска;
- капитальный ремонт поликлиник в Троицком, Тальменском и Залесовском районах.

Развитие современной медицинской инфраструктуры в селах и малых городах Алтайского края делает качественную помощь доступнее для тысяч жителей региона.

Фоторепортаж – на стр. 32 >>

Строительство нового корпуса

В Алтайском крае продолжается строительство нового корпуса Алтайской краевой офтальмологической больницы, где лечат такие болезни, работает в здании, которое не рассчитано на большое количество пациентов и современные требования.

Губернатор края Виктор Томенко рассказал в своем канале в национальном мессенджере МАХ, что «необходимость реализации этого проекта обсуждал лично с Президентом РФ Владимиром Путиным».

«Ежегодно в медицинском учреждении получают помощь больше 54 тысяч пациентов. Врачи проводят больше 13 тысяч операций. Но потребности – больше. Уровень офтальмологической заболеваемости в нашем Алтайском крае превышает показатели по Сибири в целом на 10%. Поэтому приняли решение направить больше 690 миллионов рублей краевых средств на возведение нового медучреждения», – отметил глава региона.

В новом корпусе разместят современное поликлиническое отделение, где смогут принимать до 100 человек в смену, дневной стационар на 60 коек, а также две операционные и современное оборудование. Это позволит внедрить новые методы лечения – например, операции «одного дня», когда пациент может вернуться домой уже через несколько часов после вмешательства. Благодаря этому количество операций вырастет до 18 тысяч в год, а жители края получат более качественную и доступную офтальмологическую помощь, что поможет снизить уровень инвалидности по зрению.

Планы и итоги



Итоговая коллегия Министерства здравоохранения Алтайского края по итогам работы системы здравоохранения за 2025 год и планам на 2026 год прошла в рамках нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь». Перед руководителями медицинских организаций были поставлены задачи на 2026 год. В работе коллегии приняли участие представители Министерства здравоохранения региона, руководители медицинских организаций, эксперты в сфере здравоохранения, главы муниципальных образований.

С приветственным словом выступил губернатор Алтайского края **Виктор Томенко**: «Здоровье жителей — наш безусловный приоритет. Благодаря слаженной работе всех уровней власти и самоотверженному труду медиков нам удалось добиться значимых результатов в развитии здравоохранения края. Впереди — новые задачи по повышению доступности и качества медицинской помощи для каждого жителя региона».

Министр здравоохранения Алтайского края **Дмитрий Попов** напомнил,

что в начале 2025 года перед отраслью стояли четыре блока задач: демографический (сохранение жизней и достижение индикаторов нацпроектов), медицинский (охват диспансерным наблюдением и профилактическими осмотрами), кадровый (укомплектованность медработниками) и финансово-экономический (баланс доходов и расходов медорганизаций). Особое внимание в Год защитника Отечества уделялось помощи участникам СВО.

По итогам года удалось снизить общую смертность на 2,1% — до 14,0

на 1000 населения, в том числе в трудоспособном возрасте — на 8,3%, от болезней органов дыхания — на 26,0%, от болезней системы кровообращения — на 0,4%. В кадровой политике отмечен прирост врачей на 84 специалиста и среднего медперсонала на 66 человек: укомплектованность врачами достигла 83,8%, средними медработниками — 90,7%. В отрасль трудоустроено 1274 молодых специалиста, привлечено 1362 студента, а 1107 наставников получили выплаты за работу с молодыми кадрами.



В сфере инфраструктуры построено 28 фельдшерско-акушерских пунктов, 3 сельские амбулатории и 2 поликлиники, переоборудовано 18 помещений под высокотехнологичное оборудование, приобретено 453 единицы техники, включая 20 «тяжелых» аппаратов. В 63 объектах обеспечена антитеррористическая защищенность.

Цифры и факты

Ежегодно в Алтайском крае фиксируют более **20** млн посещений поликлиник, почти **700** тыс. вызовов скорой медицинской помощи и более **90** тыс. вызовов неотложной медицинской помощи.

Финансирование отрасли выросло на 17,5% и достигло 75,5 млрд рублей (+22% краевой бюджет, +16% ОМС), а расходы на льготное лекарственное обеспечение составили 2,8 млрд рублей (рост за 5 лет — в 2,6 раза).

Значимый прогресс достигнут в цифровизации: 98,8% рецептов выписано электронно (2,5 млн), запущена система отслеживания обеспечения пациентов медикаментами и организована обратная связь через службу 122. Дмитрий Попов подчеркнул роль этих изменений: «В этом случае, как я всегда говорю, мы не революционируем, а эволюционируем. Те мощности, которые мы развиваем, это только в плюс. Цифровые технологии развиваются быстро, и число людей, лояльно относящихся к этим новшествам, увеличивается. И за десять лет число тех, кто привык в гаджетах жить, вырастет значимо». Министр добавил, что цифровизация дополняет традиционные способы записи к врачу — через службу 122 или регистратуру. Также в 2025 году началась разработка Центра управления здравоохранением для перехода к рискориентированной модели помощи.

Удовлетворенность жителей медицинской помощью по итогам года превысила целевой показатель на 20%. На 2026 год поставлены задачи: сократить сроки ожидания консультаций и исследований, повысить доступность и качество первичной помощи, масштабировать единый кон-

такт-центр с ИИ через линию 122, развивать телемедицинские консультации и внедрить дистанционный мониторинг для более 80 тыс. пациентов с хроническими заболеваниями.

В 2026 году работа продолжится с фокусом на сохранение жизней, улучшение здоровья населения и достижение целей нацпроекта, чтобы каждый житель края получил своевременную и качественную помощь рядом с домом.

На коллегии губернатор Виктор Томенко вручил правительственные награды и поблагодарил медиков за самоотверженный труд.



Победа над резус-конфликтом?



Это важно!

Если вы можете стать донором антирезусной плазмы, пожалуйста, позвоните в Алтайский краевой центр крови по номеру 8 (3852) 77-20-87.

Знание о том, какая у пациента группа крови, позволяет предсказать, каким будет иммунный ответ его организма на переливание донорской крови. За это открытие врач Карл Ландштейнер получил Нобелевскую премию.

Второй принцип – определение резус-фактора – основан на выявлении антигена D. Если он есть, то резус-фактор положительный. Если нет – отрицательный. Резус-положительным людям можно переливать кровь с любым резус-фактором, резус-отрицательным людям – только резус-отрицательную кровь подходящей группы.

Резус-конфликт

Однако обычный человек не так часто оказывается в ситуации, когда ему может потребоваться переливание крови. Зато у женщин с отрицательным резус-фактором вопрос возможного резус-конфликта может очень остро вставать во время беременности. Плод может унаследовать положительный резус-фактор от отца, и это создаст проблемы и для самой женщины (риск невынашивания беременности), и особенно для плода. Иммунная система матери будет распознавать будущего ребенка как нечто инородное, враждебное, вырабатывать антирезусные гены и «атаковать» кровеносную систему малыша. Для ребенка это может быть чревато развитием гемолитической болезни плода, которая приводит к патологиям развития и даже к внутриутробной гибели, а также к гемолитической болезни новорожденного.

Зна- тигенов двух видов – А и В. В крови человека могут присутствовать или один из них, или оба сразу, или ни одного. Поэтому названия групп крови включают буквы А, В, АВ, или цифру 0. Открытие в самом начале XX века этого метода, который называется АВ0, позволило существенно снизить смертность среди пациентов после процедуры переливания крови. Зна-

Четыре группы, два резус-фактора

Все варианты человеческой крови, известные сегодня науке, – это комбинации четырех групп крови и двух резус-факторов – положительного и отрицательного.

Один из принципов разделения на группы основан на выявлении ан-

20 апреля отмечен в календаре как День донора в России.

Алтайский краевой центр крови традиционно проводит в апреле мероприятия, посвященные донорству, – акции по сбору донорской крови в населенных пунктах региона, помимо своей регулярной работы.

В этом году в центре начали заготавливать новый компонент крови – антирезусную плазму.

Донором может стать каждый

С 21 по 23 апреля в Барнауле пройдет ежегодная студенческая акция «Стань донором. Спаси жизнь». Студенты смогут сдать кровь в мобильном комплексе напротив «Титов-Арена» (пр. Социалистический, 93) с 8:30 до 12:00. С собой необходимо иметь паспорт, СНИЛС, реквизиты карты «Мир» любого банка. Перед донацией нужно обязательно позавтракать: каша или макароны на воде, сладкий чай, булочка, сушки или печенье.

Вместе с тем, не нужно ждать удобного случая в виде акций – кровь можно сдавать в любой рабочий день в самом краевом центре крови – в те часы, когда центр работает с донорами.

Адрес центра: Барнаул, пр. Ленина, 197. Телефон для справок (регистрация): 8 (3852) 77-20-87; +7-929-323-1672.

зус-отрицательным женщинам вводят антирезусный иммуноглобулин дважды: на сроке 28 недель беременности и после родов. Чтобы закрыть эту потребность, число доноров нужно увеличить минимум в 10 раз.

Ранее сыровотку для производства препарата закупали за рубежом, но сейчас ситуация меняется: сырье (иммунную антирезусную плазму) заготавливают в регионах и отправляют на завод в Иваново.

В этом году Алтайскому краевому центру крови доведено задание заготовить 100 литров антирезусной плазмы. Если говорить об особенностях процедуры, то за одну донацию женщина сдает 600 мл плазмы. Остальные компоненты крови возвращаются в кровяное русло с помощью сепаратора, поэтому кровопотеря для самого донора исключена. Сдавать плазму можно каждые две недели, доноры плазмы получают те же льготы и привилегии, что и при сдаче цельной крови.

Развитие донорской программы в регионе поможет снизить зависимость от импортных поставок и обеспечить будущих мам необходимым препаратом вовремя и в полном объеме.

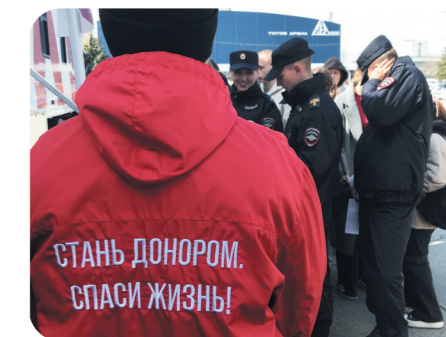
Подготовила Елена Клишина. Фото и информация предоставлены пресс-службой Алтайского краевого центра крови

Цифры и факты

33 тонны крови заготовили в Алтайском крае в 2025 году.

25 197 человек в нашем регионе регулярно сдают свою кровь для других людей.

Это очень важно, потому что в крае каждый год около 1500 беременных женщин с отрицательным резус-фактором находятся под угрозой отторжения плода. Сейчас в крае антирезусную плазму сдают всего десять доноров, а антирезусного иммуноглобулина региону нужно 3000 доз в год. Для профилактики осложнений ре-



Справка «МиЗ»

Резус-фактор – специфический белок, присутствующий в крови примерно у 80% людей. Те, у кого его нет, имеют отрицательный резус-фактор, и обычно это никак не сказывается на здоровье. Однако при беременности может возникнуть резус-конфликт, если резус-фактор у ребенка будет положительным, а у матери – отрицательным.

«Люблю ту новую жизнь, которая окружает меня на работе»

5 апреля в российском календаре событий отмечен как День неонатолога. Это первый врач, который осматривает новорожденного малыша и оценивает состояние его здоровья.

Правило первых минут

В тот день, когда мы общались с Верой Константиновной Чирковой, в перинатальном центре АККЦОМД родились четыре ребенка. Трое из них были в удовлетворительном состоянии и находились на совместном пребывании с матерью, а одному требовалась медицинская помощь, его перевели в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных детей.

Для только что родившегося малыша, даже если ему предстоит провести долгие дни среди специальной аппаратуры, которая мониторирует и поддерживает его жизненные функции, очень важно в первые минуты жизни получить молоко матери и вместе с ним материнскую микрофлору – она поможет ребенку сформировать свой собственный иммунитет. Если состояние ребенка не является критическим, жизнеугрожающим, не требует экстренных реанимационных мероприятий, Вера Константиновна старается всегда соблюсти это правило. И тот четвертый малыш тоже «познакомился» с молоком мамы перед транспортировкой его в другое отделение, а потом отправился набирать вес и



укреплять свое здоровье под тщательным наблюдением врачей-неонатологов и реаниматологов.

Вера Константиновна работает в родильном зале и отделении новорожденных (первый этап выхаживания). В перинатальном центре АККЦОМД – последние девять лет. В 1983 году она впервые начала работать с новорожденными. Общий стаж доктора в здравоохранении – 45 лет. За многолетний и добросовестный труд Вера Константиновна награжде-

на знаком «Отличник здравоохранения РФ». Она почетный донор и кровь не сдает только последние пять лет, хотя делилась ею с молодости. Многие молодые врачи, которые начинали свой профессиональный путь под кураторством Веры Константиновны, сейчас работают детскими реаниматологами и неонатологами, не только в АККЦОМД, но и в районах края и в других регионах. Доктор Чиркова со всеми поддерживает связь и называет их своими друзьями.

Первый опыт

– Когда я училась в старших классах, то уже четко понимала, что буду врачом. Вот такая мечта была у меня с детства. Примеров врачей среди родственников у меня не было, ребенком в больницах я не лежала и особенно не болела. Откуда взялось такое желание, я не могу объяснить даже сейчас. Но я не стеснялась озвучивать его своим школьным учителям, которые начинали относиться ко мне несколько иначе, узнав, что я буду поступать в медицинский. Мы с родителями жили в поселке Дружба Целинного района. В нашей участковой больнице работала очень умная женщина-врач **Лидия Николаевна Лапина**, и она посоветовала мне поступать на педиатрический факультет, исходя из своего опыта. Это был настоящий земский врач – она принимала роды, вела терапевтический прием; единственное, чего она не делала, это операции. Я общалась с ней и после окончания института, и даже после стольких лет она осталась в моей памяти.

Я поехала в Барнаул и поступила в Алтайский государственный медицинский институт в 1975 году. Первые два курса были очень трудными, было очень сложно воспринимать новый материал, иногда приходилось просто зубрить. Но на третьем курсе, когда начались предметы по специальности и мы пришли в краевую детскую больницу, которая в то время находилась на Змеиногорском тракте, я поняла, что попала именно туда, куда мечтала. С третьего курса я уже начала работать медицинской сестрой в детской больнице и проработала вплоть до окончания института.

Краевая детская больница уже тогда была многопрофильным стационаром, а я пришла, наверное, в самое сложное, гематологическое отделение. Я прониклась сочувствием к тем детям, которые приезжали на лечение со всего края с тяжелыми заболеваниями, и старалась им помочь. Детей с лейкозами тогда было очень много. В памяти они остались, пожалуй, навсегда – слишком сильными и тяжелыми были мои впечатления. Если ребенок не приезжал в очередной

раз на лечение, то мы понимали, что его больше нет. Я думала тогда: «Сейчас я студентка, а когда буду работать врачом, то всех этих лейкозов не будет, ученые придумают, как их лечить, и эти дети не будут погибать». Таким был мой первый опыт работы.

Демографический взрыв

После окончания института Вера Константиновна поехала работать в Заринск участковым педиатром. В те времена Заринск был растущим городом, городом комсомольской стройки – молодежь со всей страны строила Алтайский коксохимический завод. По воспоминаниям Веры Константиновны, рождаемость тогда была очень высокой. Имевшийся роддом уже не справлялся с тем количеством рожениц. В год рождалось по 1000–1500 детей. В 1983-м в Заринске построили новый родильный дом, и молодой доктор Чиркова пришла туда работать.

Факт

Врачебная специальность «неонатолог» была утверждена Минздравом СССР в 1987 году. До этого врачи, работавшие с новорожденными, назывались микропедиатрами.

– Опыта у меня совсем не было, поэтому почти сразу началась учеба. Я поехала в Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – вот там я впервые встретилась с настоящими корифеями медицинской специальности, которая тогда называлась микропедиатрией. Меня там научили очень многому. Например, вести детей, перенесших родовые травмы, недоношенных детей. То, что показывали и давали нам эти преподаватели, – это были серьезные знания, высокий уровень.

В 1984 году в Барнауле открылась краевая детская больница на ул. Гу-

щина (сейчас это Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства. – Прим. ред.), и там были отделения неврологии, выхаживания недоношенных детей. Для нас в Заринске это была большая помощь в том плане, что мы стали отправлять в краевую детскую больницу особо сложных малышей. Параллельно с этим и к нам начала приходить различная аппаратура: следящая (мониторы), «лучистое тепло» (специальный обогреватель для новорожденных). Чуть позже мы получили аппараты искусственной вентиляции легких, и со всей этой техникой мы постоянно учились работать.

Моим первым учителем, микропедиатром, как и для всех неонатологов края, была ассистент кафедры педиатрии АГМИ **Людмила Ивановна Абраменко**. Она научила нас видеть минимальные изменения в состоянии наших маленьких пациентов, правильно оказывать им помощь.

Большой след в моей жизни оставила **Галина Никифоровна Перфильева**, которая тогда была главным акушером-гинекологом края. При ней мы стали широко использовать аппаратную вентиляцию легких у новорожденных, и с ИВЛ дети лучше и быстрее шли на поправку. Нам очень помогал и уже открывшийся к тому времени перинатальный центр (созданный на базе родильного дома № 5 в 1990 году, сейчас входит в состав АККЦОМД. – Прим. ред.). И примерно в то же время в заринском роддоме на 1200–1500 родов был организован круглосуточный пост неонатологов. У нас появились самостоятельные дежурства – это говорит о том, что процесс выхаживания детей стал гораздо лучше: мы наблюдали их круглосуточно и передавали буквально из рук в руки коллегам из другой смены.

«Еще не наработалась»

– Девять лет назад моя личная судьба распорядилась таким образом,

Продолжение на стр. 10 >>

«Продолжение. Начало на стр. 8-9»

что нужно было переехать в Барнаул. Имея большой опыт работы, я попросила взять меня в перинатальный центр – пришла работать врачом родзала: то есть первые минуты жизни новорожденного ребенок проводит у меня на руках. Соблюдая «тепловую цепочку», выкладываю ребенка на грудь матери, прикладываю к груди, соблюдая правило «золотого часа». Если же состояние ребенка неудовлетворительное и он нуждается в медицинской помощи, неонатолог работает в команде с врачами-реаниматологами.

Да, неонатолог – первый человек, который встречает малыша в этом мире, я согласна с этими словами, они про меня. Когда я только пришла работать в роддом, то поняла, что именно это мне и надо в жизни. Что я «попала в десятку». Мне 68 лет, я об этом говорю открыто, и я еще не нарабаталась – люблю свою работу и хочу поработать еще. Я люблю вот этих маленьких карапузов, испытываю какой-то внутренний трепет, люблю с ними разговаривать, каждый раз здороваюсь, когда подхожу: «Привет, дружок!»

Сложность в нашей профессии состоит в том, что нам приходится много общаться с мамами, в том числе иногда доносить непростую, тяжелую информацию о состоянии ребенка и делать это так, чтобы мама все поняла, а наши слова не прозвучали бы слишком резко. Психологически бывает очень сложно. Но светлых моментов в нашей работе, конечно, больше, и рождение нового человека – это всегда чудо. И я не хочу уходить на пенсию, потому что мне будет не хватать той новой жизни, которая окружает меня на работе.

Елена Клишина.
Фото предоставлено
КГБУЗ АККЦОМД

Курс на активность



Всемирный день физической активности отмечается ежегодно 6 апреля по всему миру. Вместе с этим повсеместно наблюдается снижение ее уровня.

В глобальных масштабах каждый третий взрослый человек недостаточно активен. По данным исследования Европейского отделения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 60% взрослых и 75% молодежи в России страдают от гиподинамии. В марте советник председателя Российского студенческого спортивного союза Анатолий Абалихин заявил, что из-за гиподинамии россияне бюджет страны ежегодно теряет 22 трлн рублей. Он пояснил, что такой образ жизни россиян становится причиной массы заболеваний, которых можно было бы избежать.

О практической ценности физической активности – в нашем материале.

Уйти от пассивности

Гиподинамия – патологическое состояние, которое возникает из-за отсутствия двигательной активности.

Впоследствии из-за этого развиваются и хронические инфекционные заболевания. Снижение уровня физической активности отчасти связано с пассивностью во время досуга и

сидячим образом жизни на работе и дома. Все более широкое использование «пассивных» видов транспорта также способствует повышению распространенности недостаточной физической активности. Под ней специалисты подразумевают любые телодвижения, совершаемые при помощи мышц и сопровождающиеся расходом энергии. Это могут быть как занятия в спортивном или танцевальном зале, так и прогулки, работа по дому и в саду.

По словам директора Департамента ВОЗ по вопросам укрепления здоровья доктора Рюдигера Креха, недостаток физической активности – скрытая угроза здоровью населения во всем мире и значимая причина повышения бремени хронических заболеваний. Нужно искать инновационные методы работы, побуждающие людей вести более активный образ жизни с учетом таких факторов, как возраст, условия жизни и культурная принадлежность. Если физическая активность станет доступной, финансово необременительной и будет приносить радость, то получится значительно снизить риск неинфекционных заболеваний и улучшить показатели здоровья и производительности населения.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует взрослым уделять 150 минут в неделю умеренной физической активности или 75 минут – интенсивной физической активности либо эквивалентным нагрузкам. Низкая физическая активность у взрослых повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний, в частности инфарктов и инсультов, диабета второго типа, деменции, а также онкологических заболеваний, включая рак груди и толстой кишки, говорится на официальном сайте организации.

Аппарат для движения

В последние десятилетия все чаще у подростков и молодых людей диагностируют остеохондроз. В подавляющем большинстве случаев это связано с тотальной гиподинамией

и сидячим образом жизни: работа за компьютером и чрезмерное использование гаджетов приводят к повышенной нагрузке на шейный и поясничный отделы позвоночника.

По статистике, более половины людей старше 40 лет имеют признаки остеохондроза, а после 60 лет эта цифра приближается к 90%. «Опорно-двигательный аппарат человека предназначен для движения, а не для сидения. При этом важно понимать, что телу не нужно много для хорошего качества жизни. Нужен не изнурительный спорт, а умеренная физическая активность, чтобы мышцы ежедневно качественно работали. Для тренировки мышц живота важна вертикализация тела, а это означает, что ходьба будет прекрасной профилактикой развития остеохондроза и залогом хорошего самочувствия. Поэтому основная задача пациентов с остеохондрозом – работать над качеством своей жизни через оптимальную физическую нагрузку, используя при необходимости и желании вспомогательные методы, – говорит кандидат медицинских наук, спортивный врач Краевого врачебно-физкультурного диспансера Елена Бойко. – Ходьба станет простым и доступным средством оздоровления для людей среднего и старшего возраста. Ежедневные прогулки в адекватном для себя темпе по 30–50 минут в день 4–5 раз в неделю значительно повышают функциональные возможности организма. Любая двигательная активность, направленная на улучшение или сохранение физической формы, помогает оставаться здоровым долгие годы».

Физическая активность напрямую отражается не только на состоянии опорно-двигательного аппарата. Она способствует нормализации веса и метаболических процессов. «Когда человек начинает активно заниматься и усиливать физические нагрузки, у него происходит перераспределение тканей: прибавится мышечная масса и снизится жировая. Если организм тренируется, у него увеличивается мышечная ткань и улучшается метаболизм (даже в покое). И если, наоборот, жир начинает преобладать, то метаболизм замедляется, возникают слабость, апатия, снижается мотивация, – рассказывает заведующая кафедрой эндокринологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ, кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей категории Инна Вейцман. – Причем возраст для активности не помеха! Мышцы – как аккумулятор: заряжаются в работе и заряжают энергией нас. Для хорошей работы эндокринной системы физическая активность необходима! Абдоминальный жир – это белый жир, в котором практически нет митохондрий, и жировые включения не утилизируются. Перед нами стоит задача перевести белый жир в бурый, в котором происходит активный метаболизм. А это достигается физическими нагрузками, обливанием холодной водой и регулярным употреблением зеленого чая».

Рекомендации для тех, кто хочет увеличить свою физическую активность:

- старайтесь как можно больше двигаться;
- в течение дня устраивайте десятиминутки отдыха от сидячей нагрузки;
- вместо лифта пользуйтесь лестницами;
- попробуйте проходить часть обычного пути на работу или с работы пешком;
- если ездите на машине, старайтесь парковать автомобиль так, чтобы пройти лишние 100–200 метров;
- участвуйте в активных играх своих детей или детей ваших друзей и родственников;
- прогуливайтесь до магазина и обратно пешком. Правило 10 000 шагов – не миф, а обязательный минимум. Движение – единственный способ «прокачать» микроциркуляцию в тканях, которую не заменит ни одно лекарство;
- старайтесь регулярно выполнять посильную физическую работу – например, на даче;
- чаще бывайте на природе.

Ирина Савина

Пройти свой путь достойно



О ценностях и профессионализме

Людмила Ананьина пришла в родильный дом № 2, когда попасть сюда на работу было крайне трудно. Но она хорошо проявила себя в студенческие годы – во время ординатуры и интернатуры. В те годы в учреждении мощно развивалось классическое акушерство, работал сильнейший врачебный коллектив. Молодому специалисту повезло начинать профессиональный путь рука об руку с настоящим асом своего дела – **Фридой Моисеевной Гарт**, которая более 20 лет отработала главным врачом и сформировала учреждение таким, какое оно есть сейчас. Позже ее дело продолжила **Ольга Евгеньевна Строганова**. «Нас обучали классическому акушерству, которое сейчас несколько нивелируется, поскольку появился выбор – самостоятельные роды или кесарево сечение. Тогда оперативных вмешательств практически не было – 2-3 операции в год. Перед врачами стояла задача: суметь родоразрешить женщину в любом состоянии. Ребенок должен родиться тогда и так, как ему положено: самостоятельно, без ускорений и пособий, которыми можно ему навредить. С тех пор многое поменялось, в том числе и подход к родам. То, что когда-то было непреложной истиной, стало подвергаться сомнениям. Но основополагающие понятия, к счастью, остались все те же», – рассказывает Людмила Петровна, которая прошла всю медицинскую школу в роддоме от а до я.

Главным критерием профессионализма в акушерско-гинекологической службе она называет благополучное окончание родов, где здоровы и мама, и ребенок. «Поскольку у нас двойная специальность, то, говоря о профессионализме в гинекологическом профиле, мы ориентируемся на выздоровление женщины. Врач должен уметь видеть патологию, диагностировать ее и в любой, даже самой сложной си-

В апреле старейшему родильному дому Алтайского края – роддому № 2 – исполняется 88 лет. Буквально в эти же дни отмечает свой 75-летний юбилей Людмила Ананьина, которая отработала в нем 52 года. Причем 26 из них – в качестве главного врача. На взгляд со стороны, это – просто цифры. Для героини нашего материала – целая жизнь. На ее глазах выстраивалась система родовспоможения Барнаула – менялись подходы, обновлялась техника, но принципы и понятия оставались те же: ребенок должен пройти самостоятельно свой путь, сделать первый вдох, а медицинский персонал сделает все, чтобы это прошло максимально успешно. Сегодня она делится мыслями о профессии и жизни.

Цифры и факты

Людмила Ананьина удостоена множества наград в сфере здравоохранения. Занесена на Доску почета «Слава и гордость Барнаула» в 2008 году.

В декабре 2014 года удостоена почетного звания «Заслуженный врач РФ».

В 2020 году награждена дипломом и памятным знаком «За заслуги в развитии города Барнаула».

В 2024 году ей присвоено звание «Почетный гражданин г. Барнаула».

туации провести все так, чтобы исход был благополучным. Все должно быть рационально: нужно вовремя принять правильное решение, чтобы роды прошли нормально, без осложнений у мамы и ребенка, но при этом без намека на агрессию – в акушерстве она недопустима», – подчеркивает врач.

Людмила Петровна отмечает, что никогда не стала бы работать с жесткими и равнодушными людьми. «Любого человека при его стремлении можно обучить профессии, и он сможет стать врачом, это не проблема. Но если специалист безразличен к пациенткам и к своему делу, ни к чему не стремится, вот это уже проблема. Акушерство – сложная работа, которая подразумевает ночной труд, большую ответственность и самоотверженность», – поясняет врач, которая сама на протяжении 12 лет брала ночные дежурства.

По мнению опытного акушера-гинеколога, молодым специалистам сегодня не хватает душевности, бережного отношения к пациенткам, внимания и самоотдачи. Она объясняет это тем, что темп жизни ускорился, и она захлестнула молодежь своими проблемами. «Врачу сегодня приходится обращать внимание на разные факторы, которые находятся рядом

с медицинской плоскостью. Вместе с этим пациенты требуют времени и внимания, с ними важно наладить психологический контакт. Главное – чтобы человек поверил тебе. Когда есть доверие и контакт, лечение будет успешнее: пациент прислушивается и соблюдает рекомендации лечащего врача», – говорит Людмила Ананьина. Она не оставила практику, даже когда возглавила роддом. Врач высшей квалификационной категории до самого последнего вела прием как акушер-гинеколог в отделении патологии.

«Я – врач по своей сути. Лечебная деятельность – дороже всего, и я никогда от нее в своей жизни не отходила. На мой взгляд, быть «чистым» организатором в медицине сложно, нужно еще быть и врачом. Видеть патологии, осложнения, а также все возможности для помощи, которые есть у лечебного учреждения», – отмечает она. Благодаря усилиям Людмилы Ананьиной в роддоме успешно реализуется программа «Роды, ориентированные на участие семьи», внедряются новые методы выхаживания недоношенных детей и диагностики новорожденных.

О современных ориентирах

С течением времени менялось не только учреждение. Изменился подход к жизни и к родам у самих женщин. Сегодня в России средний возраст беременных, идущих в первые роды, – 30-31 год. «Идут рожать более зрелые, более осознанные и информированные, более подготовленные с гинекологической и соматической позиций женщины. Положительным фактором является то, что чаще стали готовиться супружески-ми парами. Но по-прежнему важным остается контакт: если удастся его наладить, то мы говорим с ними на одном языке, они понимают разумность того или иного предложения врача, –

продолжает Людмила Петровна. – Мы сначала критически относились к партнерским родам, но потом поняли, что это хорошая психологическая адаптация для женщины. Если ей комфортно, она может взять на роды кого хочет. Врач определяет стратегию родов и доносит необходимую информацию до роженицы. Сегодня все медицинские вмешательства обсуждаются с женщинами, и они имеют право отказаться от всего, что им не нравится или же подвергается сомнению. Цель у всех одна: ребенок должен пройти свой путь самостоятельно – своевременно, спокойно и достойно. Когда это происходит, он рождается здоровым».

Но все же такой зрелый для первых родов возраст Людмила Ананьина считает неблагоприятной чертой в портрете современной беременной женщины, объясняя это накопленным к данному возрасту «багажом» гинекологических и соматических заболеваний. Она рекомендует не откладывать первые и последующие роды на поздний срок, несмотря на все бытовые трудности. «Рожать нужно как можно раньше и больше. Материальные принципы не должны стоять на первом месте. Ведь, как правило, когда получены все материальные блага, то уже есть проблемы со здоровьем. Нужно чуть осознаннее подходить к этому вопросу», – отмечает врач.

Чтобы беременность завершилась благополучно, необходимы своевременная подготовка к родам, адекватное наблюдение во время беременности, лечение сопутствующих патологий, заблаговременное определение в женской консультации стратегии и тактики беременности и родоразрешения, и в заключение – тщательное наблюдение и бережное ведение в родах с учетом особенностей здоровья женщины, ее социального положения и многих других факторов.

Акушерство – сложная работа, которая подразумевает ночной труд, большую ответственность и самоотверженность.

Продолжение на стр. 14 >>

«Продолжение. Начало на стр. 12-13»

«Сегодня во время родов работает целая бригада специалистов, чтобы произошел нормальный исход беременности. Такая возможность была не всегда, несмотря на то, что роддом всегда был на передовых позициях. Взрослое отделение анестезиологии и реанимации работает в роддоме с 1975 года. Детское – с 2011 года, хотя наши врачи умели выполнять все необходимые манипуляции еще в 90-е годы, – говорит Людмила Петровна. – Учреждение развивалось поступательно. Но время идет, сегодня на первый план вышли перинатальные центры. Они стали возможностью концентрировать оборудование и медицинскую помощь в высокотехнологичных учреждениях».

О планах

В марте Людмилу Петровну проводили всем коллективом на заслуженный отдых. Это событие, как ни крути, проходило с нотами грусти – ведь вся жизнь была связана с родильным домом. «Не известно, где я больше времени провела: в своем доме или в родильном, – с легкой печалью улыбается Людмила Ананьина. – У меня многое связано со стенами роддома и с людьми – соратниками и друзьями, с которыми шла плечом к плечу долгие годы и прошла через разные ситуации».

Своими сильными сторонами, которые помогали ей работать и руководить коллективом, Людмила

Ананьина называет умение видеть хорошее в людях и договариваться с ними, доброжелательность, терпение и участие. Ну и, конечно, профессионализм: она всегда стремилась к совершенствованию. И сегодня говорит: «Всегда нужно идти вперед, как бы трудно ни было».

И если деятельность врача-депутатская продолжает кипеть. Как депутат городской думы Барнаула Людмила Ананьина входит в состав комитета по социальной политике, участвует в двух наградных комиссиях, проводит встречи с населением и помогает по мере возможности.

«Сейчас пришло время подумать, все осмыслить», – говорит Людмила Петровна. Наконец появилась возможность больше времени проводить с семьей, посвящать его хобби, которых у нее немало: она любит вышивать, выращивать цветы и заниматься огородом. И просто жить, осмысляя свой долгий и достойный путь в медицине и в жизни города.

Ирина Савина.
Фото из личного архива Людмилы Ананьиной



8 апреля отмечали свой профессиональный праздник нейрохирурги.

Специалисты Краевого нейротравматологического центра, который представлен нейрохирургическим отделением Краевой клинической больницы скорой медицинской помощи, в круглосуточном режиме помогают пациентам с заболеваниями и травмами головного и спинного мозга. Ежегодно они принимают около 3500 жителей со всего региона. С чем они сталкиваются в своей рутине – расскажем в нашем материале.

Берегите голову

Основная задача нейрохирургов ККБСМП – оказывать неотложную помощь больным с черепно-мозговыми травмами. По словам заведующего отделением нейрохирургии **Евгения Черданцева**, это – самый обширный по количеству обращений контингент. «У взрослых лидирует бытовой травматизм. На него приходится 60% обращений. Из них около 30% пациентов поступают в состоянии алкогольного опьянения. К счастью, большая часть таких черепно-мозговых травм – легкие, в виде сотрясения головного мозга. Оперативные вмешательства требуются не так часто. В год в отделении их проводят около 150. Далее по частоте обращений – пострадавшие от криминального травматизма. Еще меньше автодорожных травм, но они, как правило, тяжелые, по-

Люди в белом



скольку высокоэнергетические, – поясняет Евгений Геннадьевич. – У детей также чаще всего причиной поступления в наше отделение является бытовой травматизм. Совсем маленькие дети падают с пеленальных столиков, диванов или же кроваток, когда взрослые не успевают уследить за ними. Дети постарше падают с оборудования на детских площадках. Ну и бывают тяжелые травмы вследствие падения с высоты, как у детей, так и у взрослых».

С началом теплых дней, традиционно, начинаются выпадения маленьких детей из окон. Поэтому в это время врачи не устают напоминать: нужно быть внимательнее! Не оставлять детей без присмотра, когда окно открыто, а также пользоваться защитными устройствами.

Картина травматизма не меняется из года в год, но количество случаев нарастает. «Повышается обращаемость – люди читают информацию в

Интернете, опасаются последствий черепно-мозговых травм, которые на самом деле далеко не всегда таковыми являются. Нередко родители приезжают с детьми «на всякий случай»: жалоб нет, но педиатр порекомендовал обязательно обратиться в нейрохирургию после какого-то незначительного происшествия. За вечер бывает около 10 обращений, раньше столько не было и за месяц. Сегодня же это стало нашей рутинной. Количество реальных травм по факту не увеличилось», – рассказывает Евгений Черданцев.

В отделение обращаются около 40 взрослых человек в день с подозрением на ЧМТ. Медики определяют черепно-мозговую травму как по-

вреждение черепа и структур внутри него: мозга, его оболочек, сосудов и черепных нервов в результате внешнего воздействия. Чаще всего обращаются с самым легким ее проявлением – сотрясением головного мозга, при котором нет грубых структурных повреждений мозговой ткани.

«В первую очередь, необходимо оценить механизм травмы, наличие жалоб, повреждений или каких-либо неврологических проявлений – головной боли, тошноты, головокружения, рвоты, а также изменений поведения. Как правило, травмы мозга сразу дают знать о себе. Поэтому стоит несколько часов понаблюдать, и если нет явных сигналов от организма, то необходимости обращаться к нейрохирургу нет», – отмечает врач.

Госпитализация требует примерно одной трети обратившихся пациентов, а то и меньше. Чтобы определить характер и тяжесть повреждения и дальнейший путь больного, нейрохирурги действуют по определенным алгоритмам диагностики, которые позволяют в течение часа установить точный диагноз. Пациентам проводят неврологический осмотр, на котором можно выявить симптомы, указывающие на определенные патологии.

При необходимости проводят краниографию (рентгеновские снимки черепа) и компьютерную томографию.

К слову, со спинномозговой травмой обращаемость меньше. Врачи проводят до 200 операций в год, причем часть из них – в плановом режиме. Нейрохирурги оперируют

больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника. Но все же большая часть – экстренные пациенты, поступившие с переломом

Чем старше человек, тем сложнее его восстановление после черепно-мозговой травмы.

Продолжение на стр. 16»

«Продолжение. Начало на стр. 14-15»

ми или повреждениями позвонков вследствие высокоэнергетических травм. Нередко это могут быть пациенты из отделения тяжелой сочетанной травмы.

Стремление к идеалу

С дифференциацией диагноза порой могут возникать сложности. Так, у людей в алкогольном опьянении общемозговая симптоматика схожа с посттравматической: наличие головных болей, тошноты, рвоты, нарушение сознания и поведения.

Но это не единственная трудность, с которой могут столкнуться нейрохирурги, работая со взрослым населением. «Помимо проблем со здоровьем, пациенты пытаются решить свои социальные проблемы. Нередко нам приходится иметь дело с аггравацией: пациент преувеличивает тяжесть симптомов реального состояния, чтобы получить свои бонусы – к примеру, при обращении с криминальной травмой. Кроме того, взрослая травма зачастую сложнее, чем детская, – говорит врач-нейрохирург **Владислав Стеблецов**. – У детей чаще всего травмы легкие или же средней степени тяжести. Но в работе с ними есть свои нюансы. Если ребенок младшего возраста, то он не может адекватно оценить свое состояние и в некоторых случаях даже ответить на вопросы. Тем самым осложняется диагностика, и приходится прибегать к более точным методам обследования в виде МСКТ головного мозга».

Эффективность лечения и реабилитация у взрослых и детей также проходят со своими особенностями. Так, по словам Владислава Стеблецова, дети быстрее и лучше выздоравливают, поскольку нет отягощения сопутствующими патологиями. «У них большие компенсаторные возможности организма, даже при тяжелых травмах они лучше выздоравливают, практически без последствий. Легкие ЧМТ и вовсе обходятся без них, – отмечает врач. – У взрослых все индивидуально. Как правило, у них есть хронические заболевания, изменения

сосудистой системы. На этом фоне ЧМТ протекают более длительно и тяжелее. Реабилитация и восстановление также будут занимать больше времени и могут быть не такими полными. Чем старше человек, тем сложнее его восстановление после черепно-мозговой травмы».

Реабилитация при ЧМТ начинается сразу в реанимации: специалисты-реабилитологи занимаются с пациентами лечебной физической культурой и физиолечением. Но, безусловно, действия врачей будут зависеть от характера травмы. «При легком повреждении реабилитации, как таковой, не требуется. Достаточно просто соблюдать те рекомендации, которые врач дает при выписке. Чаще всего мы рекомендуем легкий ограничительный двигательный режим. Ограничения касаются и психоэмоциональной нагрузки, а также температурного режима: посещение бань, саун, а также погружение в проруби запрещены на срок около месяца, – говорит Владислав Стеблецов. – При тяжелой травме ограничения сохраняются до полугода, поскольку не всегда течение травмы идет благоприятным путем. Но все это время пациент наблюдается у невролога. Если есть сигналы – жалобы на боль, нарушения памяти, сознания, речи, а также двигательные нарушения, – обязательно следует сказать об этом неврологу. Последствия от тяжелой травмы могут сопровождать человека всю жизнь». Посткоммоционный синдром – осложнение черепно-мозговой травмы – может проявляться в виде затянувшихся симптомов травмы: слабостью, быстрой утомляемостью и головокружением. Также длительно могут заявлять о себе непролеченные травмы.

Поэтому после каких-либо травм действовать нужно без паники, но внимательно отслеживая реакции организма. Чтобы помощь у нейрохирургов получали именно те, кому это на самом деле необходимо.

Нейротравматологический центр на базе ККБСМП – единственный в крае. Нагрузка на его специалистов – внушительная. «Экстренная помощь – специфическая работа. К тому же на



нейрохирурга нужно долго учиться, а в нашем городе нет соответствующей ординатуры. Молодым специалистам приходится уезжать в другие города, чтобы получить необходимое образование. Но те, кто приходит в нейрохирургию, знают, на что идут», – говорит Евгений Черданцев.

Здесь не получится сидеть весь день в чистом халате. Сюда в любой момент могут привезти пациентов с тяжелыми повреждениями, и врачам придется буквально творить чудеса, опираясь на опыт и знания и полагаясь на свои глаза и руки. И следует сказать, что пока они ни разу не подвели нейрохирургов. В этом году им довелось поработать со сложнейшими случаями: успешно извлечь пулю из головы пациента, сохранив все его функции, а также спасти младенца, после того как его укусила за голову собака, повредив кости черепа и мозг, – врачам пришлось удалять поврежденные кости черепа, сохраняя структуру головного мозга.

Как говорят сами врачи, терпение, спокойствие, педантичность в деталях и стремление к идеалу позволяют выполнять свое дело максимально безупречно. Но при необходимости нейрохирурги из больницы скорой медицинской помощи всегда могут проконсультироваться со своими коллегами – из Краевой клинической больницы, Федерального центра травматологии и ортопедии, а также Федерального центра нейрохирургии в Новосибирске. Задача всегда одна – вернуть человеку его утраченные после травмы возможности.

Ирина Савина.
Фото предоставлено
пресс-центром ККБСМП

Все о РАС



2 апреля – Всемирный день распространения информации об аутизме. О том, что представляет собой это расстройство, важно знать врачам (и не только психиатрам), психологам, педагогам, родителям и просто окружающим, потому что случаев аутизма выявляют все больше.

Клинические рекомендации

Первый источник, к которому следует обратиться в поисках информации, – клинические рекомендации «Расстройства аутистического спектра». Они опубликованы на сайтах Союза педиатров России, Российского общества психиатров и на других электронных ресурсах. Это официально принятый документ, в котором прописаны признаки и проявления болезни, методы ее диагностики и терапии.

В Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), которая используется сейчас, расстройства аутистического спектра имеют код F.84.0–84.9, раздел называется «Общие расстройства психологического развития». Последний пересмотр клинических рекомендаций по РАС состоялся в 2024 году, в этом году должен быть произведен новый пересмотр.

В документе сказано, что заболевание может быть вызвано многими факторами, в частности – генетическими: на сегодня выявлено более ста

генов, ассоциированных с РАС. Узнать, какой или какие гены были «сломаны», можно с помощью дорогостоящего полногеномного исследования. Почему произошла поломка – у науки пока нет ответа на этот вопрос, как и нет специальной медикаментозной терапии для людей с РАС. Связь между прививками от кори, паротита и краснухи и возникновением РАС не была установлена.

Проявления РАС включают три группы нарушений: нарушения в об-

Продолжение на стр. 18-19»

«Продолжение. Начало на стр. 17

ласти социального взаимодействия, коммуникации (аномалии в общении) и ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение. В дополнение к этим специфическим диагностическим признакам часто встречается ряд других неспецифических проблем, таких как фобии, нарушения сна и питания, агрессия и аутоагрессия, которые следует определять как коморбидные (сопутствующие) для РАС состояния.

В списке нарушений социального взаимодействия и коммуникации – неспособность или малая способность использовать зрительный контакт, жестикуляцию, мимику и позу для регуляции социального взаимодействия. Как правило, у людей с РАС снижены заинтересованность и способность поддерживать взаимодействие со сверстниками и взрослыми. У малышей они проявляются в недостаточной или отсутствующей реакции на обращенную речь и имя, низком интересе к совместным играм, неспособности длительное время удерживать внимание на том, во что вовлекают ребенка взрослые.

Часто у ребенка с РАС можно наблюдать необычное поведение в социальных ситуациях – например, нарушение телесных границ, отсутствие смущения или избыточная тревога в ситуации взаимодействия с новыми людьми, однообразные сценарии в общении. В младшем возрасте речь может отсутствовать или быть весьма своеобразной: ребенок не поддерживает беседы и не начинает беседы, не задает вопросов или начинает разговор в основном на интересные ему темы. Также речь может быть стереотипной: повторяющиеся вопросы, эхолалия (автоматическое воспроизведение слов другого человека или звуков).

В возрасте старше семи лет проявления социальных нарушений также разнообразны и во многом определяются выраженностью сопутствующих интеллектуальных нарушений и объемом оказанной в детстве помощи. Некоторые дети с РАС избегают

контакта с другими людьми, а другие хотели бы дружить и общаться, но не знают, как это делать, учитывая социальные правила. Они с трудом распознают эмоции окружающих или не считают их вовсе, не понимают юмор и сарказм, придерживаются негибких правил общения, не проявляют инициативу в общении или проявляют ее очень ограниченно.

Стереотипное поведение может проявляться в своеобразной или однообразной игровой деятельности (к примеру, не играть игрушками, а выстраивать их в ряд, или играть с тем, что для игры не предназначено), в ограниченных и своеобразных интересах и увлечениях (например, интерес к одной узкой теме), в трудностях переключения на другие темы и другие виды деятельности. К стереотипным проявлениям также относятся повторяющиеся движения – раскачивания, взмахи руками, кручение пальцами рук и прочие. С возрастом эти симптомы могут менять степень выраженности, расширяться или сужаться. К стереотипиям дети с РАС прибегают из-за психического дискомфорта, вызванного нарушениями привычного им порядка.

Для диагностирования РАС используются различные методики тестирования – как самих детей, так и их родителей, если речь идет о маленьких детях.

Как уже было сказано, волшебной таблетки от аутизма нет. Пока ни один лекарственный препарат не имеет доказанной способности влиять на ключевые симптомы РАС. Основные методы лечения РАС носят преимущественно немедикаментозный характер и включают поведенческие, образовательные и психологические вмешательства. Однако препараты могут быть эффективными при лечении сопутствующих расстройств – таких как повышенная раздражительность, самоповреждающее поведение, агрессия, тревога, депрессия, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), кататония, синдром дефицита внимания с гиперактивностью или без нее, расстройства сна.

Специальные ресурсы

Заслуживает внимания информация, опубликованная на сайте фонда «Антон тут рядом», который с 2013 года занимается проблемами детей и взрослых с аутизмом. Вот цитата из раздела «Аутизм»:

«Аутизм (расстройство аутистического спектра, РАС) – это расстройство, которое сохраняется на протяжении всей жизни человека. Оно влияет на коммуникацию и отношения с другими людьми, а также на восприятие и понимание окружающего мира. Каждый человек с аутизмом уникален, у каждого свои сильные и слабые стороны, мечты и таланты. Для аутизма характерны две группы нарушений: нарушения в области социального взаимодействия и коммуникации, а также ограниченность интересов и повторяющийся репертуар поведения. По данным ВОЗ, каждый 100-й ребенок в мире рождается с аутизмом. По данным Центра по контролю и профилактике заболеваний США, в 2021 году – каждый 44-й».

Врачи-психиатры, с которыми сотрудничает фонд, читают для родителей и аутичных людей курс лекций онлайн об особенностях аутизма и жизни с ним. Занятия нового потока этого курса начались 13 апреля.

Обучение родителей – один из проектов фонда. «Антон тут рядом» – это также консультирование, сопровождаемое проживание, мастерские, в которых работают люди с РАС, ресурсный центр, мероприятия, инклюзивный центр для аутичных детей. Кроме того, фонд организует обучение для врачей-психиатров и помогающих специалистов.

Другой информационный ресурс – сетевой научно-популярный журнал «Аутизм – это». Там можно найти переводы научных статей и результаты исследований, советы родителям и аутичным людям, как помочь себе в различных ситуациях, описание личного опыта аутичных людей.

Книги

Диагноз РАС, поставленный ребенку или близкому человеку, помогают принять книги, в которых описан личный опыт родителей детей с РАС или самих аутичных людей. Возможность с ним познакомиться дает, к примеру, книга «Аутизм. Взгляд изнутри» Марины Звягиной – психолога-консультанта, работающего с аутичными людьми. Особая ценность книги – примеры из бесед с аутичными людьми, в которых они описывают свои ощущения. Это помогает лучше понять, что они чувствуют иначе, чем другие люди. Цитата: «С детства резкие звуки вызвали у меня физическую боль в ушах. Я пугалась, думала, что у меня какой-нибудь рак ушей... Когда в автобусе плакали дети, я затыкала уши, а мама ругала меня за то, что я странно себя веду». Или: «В детском возрасте я часто погружалась в себя и не слышала, что мне говорят. Я могла подолгу раскачиваться, даже при людях, это был мой стимминг*. В школе меня откровенно считали странненькой, мне было стыдно за себя. Я всю жизнь работала над умением вписываться в коллектив, быть «нормальной», но у меня не получалось. А потом выяснилось, что я человек с РАС».

Одна из первых книг в мире, написанных аутичным человеком, – «Картинки в голове и другие рассказы о моей жизни с аутизмом» Темпл Грандин. Она вышла в 1995 году. Темпл Грандин стала первым в мире человеком, который публично рассказал о своей жизни с аутизмом. Заболевание не помешало ей окончить магистратуру и стать уникальным специалистом – зоопсихологом и инженером животноводческого оборудования. В своей книге она подробно рассказала, как ее мозг воспринимает информацию, получаемую через различные каналы – слух, зрение, ощущения. О жизни

* *Стимминг (другие названия – автостимуляция, самостимуляция) – повторяющиеся действия с помощью предметов или собственного тела как способ справиться со стрессом и/или получить сенсорные ощущения.*

ни Темпл Грандин снят фильм, в нем отражено то, что Темпл боролась не только со своим расстройством, но и с предрассудками общества, ведь женщин как экспертов по работе с крупным рогатым скотом в Америке в те годы практически не было.

О том, как может выглядеть аутизм ребенка для его родителей и остальных членов семьи, – книга Марии Дубовой «Мама, ау. Как ребенок с аутизмом научил нас быть счастливыми». Вот что она пишет о своем сыне Яше: «Яшка – практически невербальный ребенок с диагнозом «аутизм». Это значит, что он почти не использует речь для коммуникации. До шести лет у него была очень живая, но никому не понятная речь... Со стороны казалось, что... вот эта непонятная речь вот-вот превратится в понятную. Но только в шесть лет Яша сказал свои первые осознанные слова, которые были понятны окружающим. Эти слова были «один, два, три, четыре, пять, шесть, семь, восемь, девять». Говорит ли Яшка сейчас? В нашем понимании слова «речь» – нет. Но он произносит отдельные слова и даже иногда может повторить предложение... Что же касается общения, то Яшка использует альтернативные способы коммуникации – например, специальные разработанные для детей с аутизмом картинки или приложение для компьютера. Полноценным общением это назвать нельзя. Как правило, таким способом он сообщает, что хочет есть или пить... Через подобные картинки я сообщаю ему, куда мы собираемся пойти или с кем встретиться».

В этом же ряду можно назвать книгу клинического психолога Светланы Цветковой «Ментальные болезни – это не стыдно». В ней она, сама являясь дочерью женщины с шизофренией, пишет о том, как здоровому родственнику справляться с принятием и осознанием диагноза у близкого человека – как помочь ребенку с аутизмом или бабушке с деменцией, но при этом не класть свою жизнь на алтарь болезни, не терзать себя чувством вины, не заниматься саморазрушением.

Елена Клишина

Новости

Новое высокопроизводительное оборудование

В Алтайский краевой онкологический диспансер поступил новый иммуногистостейнер. Ventana Ultra – самая последняя и высокопроизводительная в мире модель в линейке аппаратов для ИГХ-окрашивания. Оборудование по договору бессрочной аренды клинике предоставила компания Roche. Алтайский диспансер вошел в тройку российских онкологических клиник, первыми получивших подобную технику.

Полностью автоматизированная система Ventana Ultra выполняет все этапы подготовки стеклопрепаратов для их последующего микроскопического анализа.

Простыми словами, происходит следующее: специальные компоненты (антитела) ищут заданные белки в образцах опухолевой ткани. Если нужные белки обнаруживаются, происходит химическая реакция, и клетки меняют свой цвет – окрашиваются. А уже затем врач-гистолог под микроскопом расшифровывает полученную «картинку», определяя индивидуальные характеристики опухоли, необходимые для назначения лечения.

Окрашивание ИГХ-образцов – один из ключевых этапов иммуногистохимического исследования. В алтайском онкодиспансере эта технология была внедрена в 2010 году, все эти годы использовался иммуногистостейнер Ventana BenchMark XT.

Напомним, снижение смертности от злокачественных новообразований является основной целью проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь».

Время перемен



Недаром на 7 апреля приходится сразу три праздника в медицинском календаре – Всемирный день здоровья, День дерматовенеролога и День косметолога и красоты. Весна – время красоты, а она невозможна без здорового тела. Главным его защитным барьером является кожа. Но весной приходят перемены, которые влияют на окружающий мир и на человека. Многие заболевания кожи заявляют о себе в это время года. Закономерно, что с середины марта до конца мая дерматологи регистрируют повышенное число обращений пациентов с кожными заболеваниями. В чем



причина такой тенденции и как помочь коже переключиться на летний режим – узнаем у д. м. н., заведующей кафедрой дерматовенерологии, косметологии и иммунологии АГМУ, врача-дерматовенеролога высшей квалификационной категории Юлии Ковалевой.

Атака факторов

С наступлением теплых дней кожные болезни актуализируются. Это связано с целым рядом факторов,

но в первую очередь с изменениями температурного режима, увеличением солнечной активности и ростом концентрации аллергенов в воздухе.

«Чаще всего обостряются дерматозы, которые мы включаем в группу фотодерматозов, то есть те, которые провоцируются ультрафиолетовым излучением. Сюда входят солнечная крапивница, волчанка, акне, розацеа. У пациентов с такими заболеваниями наступает пик обострения, – поясняет эксперт. – Следующая причина, почему весной ряд дерматозов становятся агрессивнее, – изменение природных и погодных условий. Весной воздух суше, чем зимой, поэтому защитные функции кожи нарушены. Кроме того, находясь на улице, человек периодически потеет, высыхает, замерзает – все эти перепады состояний также негативно сказываются на защитных функциях кожи. По этой же причине весной чаще регистрируются инфекционные и вирусные болезни кожи».

Но все же одним из ведущих факторов, негативно влияющих на состояние кожи, Юлия Ковалева называет психоэмоциональное перенапряжение, которое может триггерить или запускать целый ряд хронических заболеваний. Например, в случае с псориазом в межсезонье – с конца марта по апрель дерматологи фиксируют его сезонное обострение у пациентов, которые болеют давно.

«Следующим фактором, как бы ни банально это звучало, являются накопленная за зиму усталость и дефициты витаминов и микроэлементов. Если мы зимой над этим не работали, то весной сталкиваемся со стандартной ситуацией, когда на фоне суммы всех факторов идет прогрессирование негативного кожного процесса, – продолжает врач. – Кроме того, с началом теплых дней и в моменты цветения и опыления растений мы наблюдаем обострение еще и аллергических заболеваний, связанных с респираторной аллергией, с поллинозом и сенсibilизацией к различным аэроаллергенам. Они уже относятся к группе аллергических заболеваний кожи: атопический дерматит, крапивница, экзема».

Переводим кожу на лето

Чтобы помочь коже экологично адаптироваться к изменениям, необходимо позаботиться об этом немного заранее. «Во-первых, если пациент знает, что у него типичное сезонное обострение, то по возможности нужно мягко входить в весенний сезон – восполнять имеющиеся дефициты. При необходимости принимать седативную терапию, консультироваться с психологом, а также корректировать общее состояние – чаще бывать на свежем воздухе, вести максимально здоровый образ жизни. Все хронические дерматозы на фоне нестабильности и срыва иммунитета протекают сложнее. Как бы избито это ни звучало, но здоровый образ жизни, сбалансированная нервная система – гарантия того, что рецидив, если он все же возник, будет не таким ярким. При необходимости важно своевременно обращаться к дерматологу, не тянуть до лета, когда приходит пора снимать верхние вещи, – подчеркивает Юлия Ковалева. – При выходе на улицу в пору активного весеннего солнца необходимо обязательно использовать SPF-защиту, поскольку именно солнечные лучи запускают целый ряд неприятных состояний на коже. Кроме того, для нашего покрова очень важен адекватный водный режим весной».

Рекомендации эксперта

Нюансы ухода за кожей весной:

- Если нет особых проблем, то рекомендуется перейти с зимнего ухода за кожей на более легкие, в том числе и по составу, позиции. Не использовать плотные жирные основы – уйти с бальзамов на кремы или гели, иначе можно вызвать окклюзионный эффект, особенно, если человек много потеет и склонен к гипергидрозу.
- Необходимо ежедневно увлажнять кожу.
- Если вы пользуетесь средствами с ретинолом, то нужно минимизировать их: или перевести только

на вечер, или уменьшить процент. Другими словами, не использовать агрессивные средства, содержащие кислоты, особенно утром. Средства с витамином С тоже использовать только утром.

- Весной следует выбирать косметику с минимальной нагрузкой ингредиентами, а также использовать очищающие средства для кожи без сульфатов – это масла, «мыло без мыла».

– Если наша кожа здорова, она выполняет почти все функции по собственному очищению, обновлению, защите и увлажнению. Ей нужно лишь слегка помочь в определенных моментах.

собственному очищению, обновлению, защите и увлажнению. Ей нужно лишь слегка помочь в определенных моментах – создать условия для правильного очищения или же увлажнить. Если существуют проблемы, то необходимо использовать специальную лечебную косметику или препараты. Семиступенчатый уход за кожей подразумевает использование многокомпонентных средств, которые последовательно наносятся на кожу. Не каждому человеку подойдет такая многослойность. Особенно при

При склонности к аллергии и при кожном зуде:

- При очень сильном кожном зуде можно прикладывать на время холодный компресс. Зудящую кожу нужно гладить, а не царапать!
- Важно носить мягкую, дышащую одежду без синтетических волокон и высокого содержания шерсти.
- Антигистаминные препараты не всегда останавливают зуд, но могут помочь людям с экземой заснуть.
- На ночь стоит надевать тонкие хлопчатобумажные или вискозные перчатки, чтобы не расцарапать кожу во сне. Стригите ногти коротко, чтобы повреждать ими кожу как можно меньше.
- Ежедневно проветривайте комнату, где долго находитесь, используйте очиститель и увлажнитель воздуха.
- Избегайте стрессовых ситуаций.

Сегодня бьюти-индустрия предлагает широкий спектр как непосредственно средств для ухода, так и самих подходов к данному процессу. Один из популярных методов – семиступенчатая система ухода от корейских мастеров. Но нужно ли нашей коже избыточное внимание?

«Если наша кожа здорова, она выполняет почти все функции по

первом или втором типе кожи, для которых характерна чувствительность, – комментирует эксперт. – Светлая, белая кожа склонна к аллергическим реакциям. Если к тому же есть акне, то такую бомбардировку косметическими средствами она может просто не выдержать, и, как следствие, возникает контактная аллергия. При ней мы наблюдаем пересушенную раздраженную кожу. Есть даже такой термин – косметик акне, то есть акне, спровоцированное чрезмерным потреблением косметики. Поэтому я скорее негативно отношусь к многоэтапному подходу. К тому же тут высока доля маркетинга для улучшения продажи той или иной косметической линии».

Врач-дерматовенеролог обращает внимание на то, что чрезмерный уход не может быть полезным и стоит подобрать адекватную программу, которая включает в себя очищение, тонизирование по необходимости, сыворотки, увлажнение, и утром, а также средства с SPF-защитой. В большинстве случаев этого вполне достаточно даже при наличии проблемной кожи. В домашний уход также можно раз в неделю добавлять пилинги, гоммажи или маски-скатки. А для более глубокого ухода обращаться к профессиональным косметологам.

Подготовила
Ирина Савина

Скажите «Стоп!»



Мы делаем примерно то же самое. У нас есть несколько сценариев по наиболее актуальным темам, на которые есть большие запросы. Мы представляем их также и в других населенных пунктах Алтайского края, не только в Барнауле. Центр работает уже много лет, несколько раз выигрывали гранты губернатора, и поэтому у нас была возможность выезжать за пределы краевого центра, в том числе в маленькие отдаленные села, где темы профилактики ВИЧ и наркозависимости были бы актуальны. Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями является нашим партнером с первых дней существования форум-театра «Перспектива», наши специалисты прошли в нем специальное обучение, чтобы знать, как правильно консультировать по вопросам ВИЧ/СПИД.

В состав команды нашего форум-театра входят студенты института психологии и педагогики (будущие психологи, педагоги-психологи, девиантные психологи). Мы принципиально не берем студентов с других специальностей, потому что работа психологическая и к ней нужно относиться с пониманием дела.

Спектакль о наркозависимости называется «Мои друзья и я», о профилактике ВИЧ – «Никто». Также пару лет назад мы написали сценарий про буллинг. В каждом сценарии есть определенный набор действующих лиц: кто-то угнетенный (как правило, девушка, которая столкнулась со сложной жизненной ситуацией) и его близкое окружение (друзья, члены семьи, которые не поддерживают девушку в ее проблеме).

Если это спектакль про ВИЧ, то у девушки положительный ВИЧ-статус. Если про наркозависимость, то девушка оказалась в ситуации, где ее молодой человек, подруга, друг уже являются зависимыми и пытаются склонить ее к употреблению. В качестве центрального персонажа мы вы-

В профилактику опасных заболеваний и зависимостей включаются студенты, и для этого они используют необычные форматы. Так, психологи Алтайского государственного педагогического университета и будущие специалисты создали форум-театр «Перспектива» и теперь рассказывают другим о профилактике ВИЧ и наркозависимости.

Особенность форум-театра – активное участие зрителей. Подробнее об этом рассказала Кристина Дерксен, ведущий психолог Центра психологического и социального здоровья молодежи АлтГПУ, руководитель форум-театра.

«Говорим о важном»

– Форум-театр – это интерактивная технология. Она стала известна в 1960-е годы благодаря бразильскому режиссеру Аугусто Боалю. Свои спектакли он показывал в маленьких поселениях на площадях, а его зрителями были люди, которые не умели читать и писать. Постановки Боалья были для

них чем-то вроде газет, так как представляли какие-то произошедшие неподалеку события. Однажды во время выступления кто-то из толпы выкрикнул: «Стоп!» Зритель пояснил, что он очевидец того события, и там все было несколько иначе, чем показывали артисты. Аугусто Боаль пригласил его на сцену, зритель вышел и показал, каким он увидел то событие.

брали девушку именно с точки зрения психологии: девушки выглядят более хрупкими, уязвимыми, незащищенными. Окружение давит на нее. Если у нее отношения с парнем, то он использует манипуляцию любовью. Если это друзья, то они все вместе стараются влиять на эту девушку. Родители как значимая часть семьи тоже обладают сильным влиянием.

В случае с постановкой «Никто» основная мысль: как жить человеку с ВИЧ, сталкиваясь с различным отношением со стороны общества. Девушка узнает о том, что у нее положительный ВИЧ-статус, и старается научиться принимать себя, жить с ним, несмотря на то, что ее окружение в силу недостатка информации о самом ВИЧ не принимает девушку. В жизни люди, у которых выявляют ВИЧ, часто не знают, куда обратиться, где получить помощь и поддержку. Наш спектакль помогает узнать о том, что есть специальная терапия, способствует развитию приверженности к ней, дает понять, что люди, которые ее принимают, могут жить полной жизнью, как и все остальные.

Зрители не только аплодируют

– Чтобы читатели могли лучше понять формат спектакля и роль зрителей, расскажу о его этапах.

В самом начале ведущий рассказывает о нашем проекте и теме постановки, а также о той технике форум-театра, которую мы используем. Затем на сцену выходят актеры, и ведущий говорит, что они студенты-психологи. Он просит зрителей, чтобы они следили за тем, что происходит на сцене, ничего не обсуждали и не задавали вопросов – просто смотрели бы.

Ребята отыгрывают спектакль, и в его конце происходит момент, когда ведущий говорит: «Стоп!», а девушку уводят «из кадра», как, к примеру, в спектакле про наркозависимость. Затем ведущий обращается к зрителям – он дает им понять, что далее будут происходить события «за кадром». И зрители могут только предполагать, какие именно.

Комментарий специалиста

Светлана Анатольевна Федина, врач-эпидемиолог отдела профилактики Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями:



Традиционные форматы (лекции, брошюры) не всегда оказываются достаточно эффективными, зачастую не обеспечивают нужного уровня вовлеченности и осмысления проблемы. Та-

кая форма взаимодействия, как форум-театр, – современный формат, который позволяет зрителям стать активными участниками, а не просто пассивными наблюдателями.

кая форма взаимодействия, как форум-театр, – современный формат, который позволяет зрителям стать активными участниками, а не просто пассивными наблюдателями.

Начинается обсуждение со зрителем: «Как вы думаете, что сейчас происходит? Что произойдет дальше? Насколько это реально и может ли произойти в жизни?»

Вместе с ведущим зрители обсуждают каждого из персонажей – они выходят по отдельности на сцену в этот момент. Ведущий спрашивает, к примеру: «Могла ли главная героиня, обладая определенным набором личных качеств, отказаться от употребления наркотиков?» Он выслушивает варианты ответов и собирает их статистику: кто какие выдвинул предположения.

После обсуждения зрители смотрят спектакль еще раз, но уже по отдельным сценам – каждый спектакль короткий и состоит из трех-четырех непродолжительных сцен. Но теперь ведущий предлагает зрителям новое правило: если в какой-то момент им покажется, что на месте главной героини они поступили бы как-то иначе, они могут произнести «Стоп» и остановить спектакль.

Когда это происходит, ведущий акцентирует внимание на том человеке, который остановил спектакль. И предлагает ему выйти на сцену и заменить главную героиню. Ведущий спрашивает его, с какого момента ему хотелось бы изменить спектакль, как бы он поступил или сказал.

Наши актеры подстраиваются под этого зрителя и начинают импровизировать; главное – держать ту линию, на которой строится весь спектакль. Актеров невозможно переубедить, они все равно будут делать то, что приведет к изначально запланированному финалу. Если молодой человек уговаривает девушку употребить наркотики, он будет продолжать это делать, несмотря на любые аргументы, которые будет приводить новый участник спектакля. Такой формат нужен для того, чтобы ввести каждого зрителя в определенную стрессовую ситуацию, но при этом она на самом деле является для него безопасной. Это запускает процесс размышления, некий мозговой штурм, поиск способов избежать подобных ситуаций в реальной жизни.

Когда зрители просмотрели спектакль повторно, ведущий подводит итоги. Он проговаривает то, что происходило на сцене: «Вы пробовали манипулировать, запугивать, договариваться. Но мы с вами видим, что это ни к чему не привело. Почему?» Зрители обычно делают правильный вывод о том, что человек должен сам захотеть разрешить свою проблему.

Ведущий также озвучивает три основных правила.

Продолжение на стр. 24 >>

«Продолжение. Начало на стр. 22-23»

Первое: никогда не играйте в «спасателей», потому что как минимум вы не обладаете должными навыками. Если хотите помочь близкому человеку, попавшему в зависимость и столкнувшемуся с заболеванием, то делегируйте эту обязанность специалистам – врачам и психологам.

Второе: имейте свою собственную четкую позицию. Если вы считаете, что употребление наркотиков – это плохо, то четко говорите «Нет», причем говорите до конца, то есть разворачивайтесь и уходите, когда вам предлагают их попробовать.

Третье: просить о помощи не стыдно, а часто даже необходимо, особенно если вы сами не имеете ресурсов для самопомощи и знаний. В случае с ВИЧ многие, узнав о своем положительном статусе, испытывают чувство стыда, ощущают себя неполноценными, думают, что их жизнь окончена, не знают, куда обращаться. И конечно, мы говорим о том, что не стоит допускать



рискованного поведения, которое может привести к заражению ВИЧ и к наркозависимости.

В рамках форум-спектакля участники погружаются в реальные социальные ситуации, связанные с проблемами, например, ВИЧ-инфекции и наркомании. Они пробуют различные модели поведения, ищут альтернативные решения, приобретают практический опыт принятия ответственных решений, развивают навыки личной инициативы.

Это не просто театральная постановка, а мощный инструмент профилактики, который делает сложную тему доступной и понятной, вовлекает аудиторию в активный поиск решений, формирует устойчивые навыки безопасного поведения.

На протяжении семи лет мы сотрудничаем с Центром социального и психологического здоровья АлтГПУ. Студенты-психологи под руководством опытных специалистов проводят форум-спектакли по актуальным социальным проблемам. Наши партнеры регулярно участвуют в ежегодных просветительских акциях, приуроченных к значимым датам: Всемирному дню борьбы со СПИДом, Международному дню памяти умерших от СПИДа и т.д. Выражаем благодарность партнерам за вклад в развитие креативных методов профилактики и сохранение здоровья молодого поколения.

Елена Клишина.
Фото предоставлены
К. С. Дерксен

Книга «Истоки», посвященная 75-летию Краевой клинической больницы, стала победителем конкурса «Лучшая книга Алтая – 2025» в номинации «Лучшее краеведческое издание». Об этом было объявлено 31 марта, на церемонии закрытия краевого фестиваля «Издано на Алтае».

Ее авторы – врач-нейрохирург, д. м. н., заслуженный врач РФ Дмитрий Долженко, главный врач Краевой клинической больницы, к. м. н. Диана Рудакова, директор музея истории АГМУ и медицины Алтайского края, заслуженный врач РФ Иван Беккер.

Как все начиналось

Историю краевой больницы авторы мастерски, органично вплели в историю родного края, отметив все основные периоды его развития – первые крепости, демидовские рудники и заводы, переселенцы, столыпинская реформа, становление Советской власти, Великая Отечественная война, освоение целины. Конечно, в исследовании отмечалось и становление медицины и здравоохранения.

В 1949 году Константин Зеров, заведующий крайздравотделом, докладывал на сессии Алтайского краевого совета народных депутатов: в районах недостаточно специалистов, в том числе узких,

«Истоки» принесли победу



не хватает помещений, не обеспечен должный уровень подготовки врачей. В ответ на его доклад Министерство здравоохранения РСФСР осенью 1949 года направило на Алтай 300 врачей и распорядилось, чтобы выпускники всех медицинских школ края оставались работать в регионе. Было ясно: Алтаю нужна больница, имеющая статус краевой. В апреле 1950-го органы власти пришли к решению – реорганизовать краевую физиолечебницу в краевую больницу на 150 коек.

Физиолечебница была открыта в Барнауле в 1934 году по инициативе врача **Антон Евсеевич Позняк**. Она располагалась по адресу ул. Пушкина, 58. В то время медикаментов было мало, поэтому врачи старались использовать физиотерапевтические методы. Летом 1941 года в здании физиолечебницы был развернут эвакогоспиталь № 3500 и находился там до 1946 года. За это время сам Позняк переходил на управленческую работу

в Алтайкрайздрав, в августе 1947-го был назначен заведующим лечебной частью физиолечебницы. А 1 мая 1950 года его назначили главным врачом краевой больницы – эта дата считается днем ее основания.

Из 150 коек 50 были терапевтическими, 30 – хирургическими, 30 – неврологическими, по 20 отдала для

гинекологических и онкологических пациентов, 5 – для отоларингологических больных.

Первоочередными задачами краевой больницы, помимо лечения пациентов, Антон Позняк определил помощь сельскому здравоохранению и повышение квалификации врачей. Срок обучения варьировался от двух до шести месяцев и зависел от имевшейся квалификации обучающегося. Врачей же краевой больницы он направлял на учебу в научно-исследовательские институты страны. В 1953 году Антон Позняк перешел на должность заведующего неврологией, а главным врачом стал **Валентин Иннокентьевич Королев**.

Первое здание

«История здания, в котором открылась краевая больница, необычна, – пишут авторы книги. – Это одно из

Почти
3000
голосов

набрала книга «Истоки» в онлайн-голосовании читателей в рамках конкурса «Лучшая книга Алтая - 2025».

Продолжение на стр. 26-28 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 24-25»

самых старых зданий Барнаула, ему более 200 лет. Сейчас оно в виде буквы П расположено на трех улицах: ул. Пушкина, 58, пр. Социалистический, 20 и ул. Гоголя, 57...

В начале XIX века в Барнауле проживали четверо братьев Пуртовых, влиятельных и богатых купцов. Варфоломей Пуртов, младший брат, с разрешения начальника Колывано-Воскресенских заводов в 1807 году начал строительство богадельни на 20 немощных напротив белоснежного храма на Соборной площади (ныне площадь Свободы) и закончил в 1811 году... Рядом с богадельней по Соборному переулку построил дом другой барнаульский купец – Павел Сухов... Во второй половине XIX века богадельня уже принадлежала семье Суховых, они сдавали ее в аренду... В 1907 году в особняке размещалось коммерческое собрание. Через пару лет здание арендовала канцелярия заведующего переселенческим делом Томской губернии. В 1911 году Сухов сдал помещение в аренду госбанку, а часть жилого дома у купца арендовало товарищество «А. С. Лукин и М. Елизаров», которое торговало бакалейными, галантерейными и прочими товарами. Через семь лет дом Сухова отдали под губернскую продовольственную управу. Во время Гражданской войны в здании размещались 3-й кадровый барнаульский полк, затем Казанский артиллерийский дивизион. В дальнейшем Сухов продал дом другому купцу... Ивану Полякову... В 1919 году, с приходом Советской власти, там разместился губернский финансовый отдел».

Два эти здания, богадельню и дом, объединили только в 1933-м, тогда же надстроили второй этаж над «суховской» частью. В 1934 году в нем открыли физиолечебницу, а в 1974 году надстроили второй этаж над оставшейся «пуртовской» частью здания.

Жизнь врачей

Какими были быт врачей и условия их труда, можно судить по воспо-

минаниям первого врача больницы **Нины Максимовны Бородиной**: «До открытия краевой больницы на Алтае, по существу, не было терапевтической службы». После открытия отделения и началось ее формирование, открылись курсы для врачей участковых и районных больниц. Врачи ездили в командировки по районам, средней продолжительностью 8–10 дней, причем до места назначения приходилось добираться порой на попутках или пешком. Много летали санавиацией. Консультировали также врачей из больниц Барнаула. Никто из врачей не имел благоустроенного жилья, жили в комнатах и в частном секторе на съемных квартирах. Обеспеченность лекарствами была такая, что даже поступление антибиотика левомицетина Нина Максимовна вспоминала как событие.

Основоположники

В 1950-х началось освоение целинных земель, в край хлынули люди со всего СССР, а в краевой больнице еще больше ощутили недостаток кадров и помещений. Среди врачей, которые пришли в больницу в то время, была **Мария Николаевна Юрина**, урожденная Зилова, выпускница Первого Московского медицинского института, участница Великой Отечественной войны на Дальнем Востоке. В Барнаул она приехала к мужу, врачу-хирургу **Петру Юрину**. Мария Юрина – одна из основоположников кардиологической службы на Алтае, стояла у истоков создания кардиологического отделения краевой больницы, была награждена орденом Трудового Красного Знамени, входила в состав делегации, сопровождавшей во время визита на Алтай премьер-министра Индии Джавахарлала Неру и Индиру Ганди в 1955 году.

Работать врачом в краевой больнице всегда считалось большой честью. Ее штат пополняли люди, как правило, много повидавшие, умудренные опытом, амбициозные. Глупые здесь не задерживались. Одним из «мамонтов» краевой больницы был **Матвей Львович Вульфович**. Родился

в 1910 году в Литве, получил хорошее образование и поступил на медицинский факультет Каунасского университета. Окончив два курса, продолжил образование в Швейцарии, в Цюрихе. В 1940 году вместе с десятками тысяч соотечественников Матвея Львовича отправили в Сибирь. По сути, ссылка спасла его от гибели: в 1941-м в Прибалтику пришли фашисты, и еврея Вульфовича там наверняка бы расстреляли. Так Матвей Львович оказался в Якутии, на лесоповале, но лагерному начальству стало известно о его медицинском образовании, и он был принят в местную больницу терапевтом. Слава о молодом специалисте докатилась до Якутска, и его перевели в республиканскую больницу на должность заведующего терапевтическим отделением. Жизнь на Севере была тяжелой, и когда вышло постановление об освоении целинных и залежных земель, доктор с семьей переехал на Алтай. На работу он был направлен в краевую больницу и скоро стал заведовать терапевтическим отделением. Коллеги называли Матвея Вульфовича подвижником и отмечали его колоссальный авторитет.

Неврологическую службу краевой больницы в 1954-м возглавил **Михаил Давыдович Гаткин**, выпускник медицинского факультета Киевского университета. В 1941 году он как не подлежащий призыву по состоянию здоровья был эвакуирован на Алтай. Даже в возрасте 82 года, в 2002 году, продолжал ездить на работу и говорил коллегам: «Вот только-только начал в неврологии разбираться». Проработал он в медицине более 60 лет.

Рентгенологической службой руководил **Павел Ананьевич Тонконогов**. Выпускник Томского университета, в 1930-м он организовал в Барнауле медицинский техникум, затем создавал подобное учреждение в Кузнецке, был директором Томского мединститута. Во время Великой Отечественной войны – начальник эвакогоспиталей на Алтае. После войны назначен главным рентгенологом края. При Тонконогове рентгенологическая служба края достигла не-

данного ранее уровня – расширился перечень исследований. Отделение больницы стало консультативно-организационным центром края.

1 октября 1956 года в краевой больнице было официально развернуто нейрохирургическое отделение на 15 коек, а первым и единственным нейрохирургом отделения стал **Сергей Константинович Веселицкий**. Со временем подросли его ученики **Борис Андреевич Химочко**, **Василий Павлович Казаков**, отделение расширилось до 60 коек.

В 1956–1959 годах больницу возглавлял **Александр Иванович Кодин**, выпускник Смоленского мединститута, фронтовой хирург. В 1947-м по личному желанию приехал на Алтай – работал заведующим хирургией, главным врачом Шипуновской районной больницы. После краевой больницы возглавлял крайздравотдел, потом уехал во Владимир. При нем краевая больница стала флагманом алтайского здравоохранения, руководящим органом сельской медицины края. Впервые в крае появился организационно-методический кабинет, сотрудники которого анализировали статистику со всего края – качественные и количественные показатели городских и районных больниц. Полученные данные помогали оценивать уровень медицинской помощи населению, планировать дальнейшую работу и развитие системы здравоохранения.

Освоение целины стало могучим импульсом развития здравоохранения на Алтае. Были открыты медицинский институт и новые лечебные учреждения, переоснащены старые, а главное – приехала «армия» медицинских работников. Одним из врачей-целинников был будущий главный врач краевой клинической больницы **Евгений Петрович Осипов**. Уроженец Челябинской области, в Барнауле окончил школу и медицинское училище, затем поступил в Новосибирский мединститут и после его окончания был направлен на целину – возглавил отделение хирургии Троицкой районной больницы, затем стал ее главврачом. Главным врачом краевой

больницы был назначен в 1974 году и проработал в этой должности 25 лет. За это время он построил для учреждения 18 крупных объектов, был награжден орденом «Знак Почета». При нем в 1964 году краевая больница переехала в нагорную часть города, где для нее были построены новые корпуса – детский и хирургический. Больница стала многопрофильной, включив в себя 15 стационарных отделений на 800 коек, а в 1968-м коек было уже тысяча. В 1972 году в 11 отделениях базировались кафедры медицинского института, и больница стала клинической (АККБ). В это же время был построен корпус, в котором разместилось отделение реабилитации и долечивания, открывались новые отделения и лаборатории. В 1980 году главврачу Евгению Осипову было присвоено звание «Народный врач СССР», которого больше не был удостоен ни один врач края.

Семипалатинская программа

Однако годы шли, медицина развивалась, росла и потребность в квалифицированной медицинской помощи у жителей края, и в середине 1980-х был впервые поднят вопрос о создании современного больничного комплекса краевого масштаба. В эти же годы наметилась тенденция ухудшения здоровья жителей края по многим заболеваниям, особенно онкологическим. В 1990 году была создана координационная группа, состоящая из ученых разных специальностей, по исследованию неблагоприятной медико-экологической обстановки в Алтайском крае, возглавляемая профессором **Яковом Нахмановичем Шойхетом**. Проведенные исследования установили факт радиоактивного загрязнения большей части Алтайского края, произошедшего в результате атмосферных ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне в 1949–1962 годах. Население, проживающее на этой территории, многократно подвергалось радиационному воздействию, что негативно сказалось на состоянии и их потомков. Правитель-

Цитаты

Дмитрий Долженко: «В процессе работы над книгой нам стало понятно, что необходимо ознакомить читателя с историческими событиями, происшедшими на Алтае, и объяснить, как они связаны с историей страны, а также рассказать о наших предках... Так родилось название книги – «Истоки»».

Иван Беккер: «Так уж получилось, что я ровесник Алтайской краевой клинической больницы... Моя первая встреча... произошла летом 1958 года, когда отец повез мою маму, тогда тяжело болевшую, на консультацию в краевую поликлинику. Детей в семье было шестеро. Трое старших остались дома, на хозяйстве. Младших сестер отвезли к бабушке, а меня взяли с собой. От той поездки остались очень яркие воспоминания... Возможно, именно тогда у меня появилось желание стать врачом».

ство Российской Федерации официально признало факт радиационного воздействия на население Алтайского края. Была разработана и утверждена программа по преодолению последствий испытаний на Семипалатинском полигоне. С 1992 года на Алтай стало поступать федеральное финансирование. Был составлен перечень объектов капитального строительства, в котором на первом месте стоял комплекс Краевой клинической больницы на 1180 коек. В марте 1993 года началось строительство больницы, которое из-за недофинансирования продолжалось долгие 14 лет.

Срок сдачи был определен в 1996 году, однако в 1994-м строительство было заморожено почти на три года. В марте 1998-го были официально объединены старая краевая больница и новый строящийся комплекс. Главным врачом был назначен **Виктор Иванович Савенко**, которому предстояло

Продолжение на стр. 28 >>

«Продолжение. Начало на стр. 24-27»

выполнить задачу достроить новый комплекс и переехать в него.

В 2003 году была торжественно открыта первая очередь комплекса на 270 койко-мест. Переезд нужно было осуществить, не прерывая лечебный процесс. Первой переезжала хирургическая служба, в отделении в тот момент находились 180 пациентов. Следующий переезд – нейрохирургического, отоларингологического, офтальмологического и акушерского отделений – состоялся в начале 2004 года.

В 2007 году уже следующий главный врач, **Владимир Адольфович Вольф**, ввел в эксплуатацию шестой блок нового комплекса – терапевтический. Это стало завершением 14-летнего периода строительства нового комплекса.

С 2012-го по 2016-й больницу возглавлял **Валерий Анатольевич Елыкомов**. Его в этой должности сменила **Диана Михайловна Рудакова**. Прошедший 2025 год стал для крупнейшего медицинского учреждения края юбилейным – ему исполнилось 75 лет. Главным итогом последнего десятилетия стал прогресс в лечении сердечно-сосудистых заболеваний: лечение ишемических поражений головного мозга путем проведения тромбэкстракций и, наоборот, при геморрагическом инсульте – эмболизации разорвавшегося сосуда. Урологи больницы освоили малоинвазивный и щадящий вид оперативного лечения при новообразованиях предстательной железы.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница» присуждена премия «Народный знак качества». В октябре 2025 года книга «Истоки» была удостоена литературной премии «Здравомыслие» в Москве, став победителем в номинации «Народное голосование».

Подготовила Елена Клишина.
Фото предоставлено КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Особо активны



27 марта в Барнауле зафиксировали первый в текущем сезоне укус клеща. Встреча произошла в черте города – в лесной зоне в районе объездной дороги. Этот случай не единственный в Сибири: первые укусы зарегистрированы также в Красноярском крае, Иркутской области и Хакасии.

Жителей сибирских регионов предупреждают о потенциально сложном сезоне активности клещей, который только начинает набирать обороты. По прогнозам специалистов, в этом году число опасных членистоногих может значительно увеличиться, а их поведение станет более агрессивным – все дело в аномальной зиме. Как подготовиться к теплоте сезона – в нашем материале.

Предупрежден - вооружен

Сильные зимние снегопады и резкие перепады температур создали специфические условия для выживания клещей. Дело в том, что такие погодные качели заставляют их периодически выходить из укрытий

в поисках пищи, а затем вновь скрываться при похолодании. В результате насекомые не погибают, но расходуют значительное количество энергии. Это приводит к тому, что с наступлением устойчивого тепла на поверхность выйдет большое количество ослабленных, но крайне голодных особей.

В пользу клещей сыграла и многоснежная зима, которая обеспечила хорошую защиту популяции и повысила ее численность.

Несмотря на то, что пик активности клещей прогнозируется в мае, опасность пострадать от присасывания клеща сохраняется в течение всего теплого времени года. Поэтому о мерах профилактики клещевых инфекций стоит побеспокоиться заранее. Специалисты Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю напоминают о необходимости ношения при выездах на природу защитной одежды, регулярных осмотрах, а также применении репеллентов.

Они напоминают, что при обнаружении присосавшегося клеща необходимо своевременно обращаться за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства для решения вопроса о необходимости введения иммуноглобулина. Экстренную профилактику противоклещевым иммуноглобулином следует проводить в течение 72 часов после присасывания клеща в случае установленного факта заражения клеща вирусом клещевого энцефалита, а также тем, кто не привит против клещевого энцефалита или имеющим дефекты в вакцинальном курсе. Детям до 18 лет, не привитым против клещевого вирусного энцефалита, введение иммуноглобулина следует проводить без учета результатов исследования клеща.

Клещ под прицелом

Исследование клеща методом ПЦР проводится в течение 1 дня в случае доставки его в пункт приема до 10 часов. При доставке клеща позже 10:00 результат исследования выдается на следующий день. Для исследований на инфекции извлеченного клеща необходимо поместить с кусочком влажной ваты в плотно закрывающуюся чистую емкость (например, стеклянный флакон).

При обнаружении антигена клещевого энцефалита в исследуемом клеще пострадавшему следует об-

ратиться в пункты серопрфилактики (травмпункты) в территориальных медицинских организациях для введения иммуноглобулина. Как и в предыдущие годы, противоклещевой иммуноглобулин вводится детям до 18 лет бесплатно в Барнауле в травмпункте детской поликлиники № 9, в других городах и районах края – в детских поликлиниках по месту жительства. Взрослые обслуживаются через страховые компании: застрахованные – по страховым полисам, незастрахованные лица – за личные средства в пунктах серопрфилактики (травмпунктах) в медицинских организациях по месту жительства.

Если снятых клещей невозможно доставить на исследование, их нужно сжечь. Клещей нельзя давить руками, так как вирус через микротравмы может попасть в организм человека.

Для предупреждения заболевания клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ) проводится вакцинация в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Бесплатно прививки проводятся детям до 18 лет, проживающим на территориях с высоким риском заражения КВЭ, в медицинских учреждениях края по месту жительства. Привитыми против КВЭ считаются граждане, получившие законченный курс вакцинации и 1 (или более) ревакцинацию.

Тем, кто сделал первую прививку осенью, желательно завершить вакцинацию против клещевого вирусного энцефалита в марте – первой декаде апреля, то есть не менее чем за две недели до начала сезона активности клещей.

Тем же, кто еще не был привит против клещевого энцефалита, нужно провести курс экстренной вакцинации: две прививки с интервалом в 1 месяц, далее однократная ревакцинация через год. В последующем ревакцинация проводится 1 раз в 3 года. Прививки против клещевого энцефалита проводятся в строгом соответствии с требованиями действующей инструкции по применению вакцины.

После введения вакцины необ-

Для справки

➤ Лабораторное исследование клеща на его зараженность клещевыми инфекциями проводится в лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Алтайском крае» и его филиалах:

➤ в г. Рубцовске по адресу: ул. Краснознаменная, 118. Тел. 8 (385-57) 9-61-06;

➤ в г. Заринске по адресу: ул. Горького, 16. Тел. 8 (385-95) 9-90-32;

➤ в г. Славгороде по адресу: ул. К. Маркса, 281. Тел. 8 (385-68) 51-8-91;

➤ в г. Камне-на-Оби по адресу: ул. Ленина, 77;

➤ в г. Барнауле прием клещей на исследование и выдача результатов проводятся по адресу: г. Барнаул, пер. Радищева, 50, каб. № 26. Кроме того, в Барнауле исследование клеща (как живого, так и неживого) на наличие вируса клещевого энцефалита проводится в «АСКО-МЕД-ПЛУС».

ходимо воздержаться от выездов на природу, чтобы исключить контакт прививаемого с очагом инфекции в течение всего срока вакцинации и двух недель после него.

Подстраховаться по всем фронтам

Инфекционисты предупреждают: клещи – это зачастую носители микст-инфекций. Они могут переносить такие заболевания, как энцефалит, клещевой сыпной тиф, боррелиоз (или болезнь Лайма), эрлихиоз, анаплазмоз и другие инфекции. Поэтому не стоит к ним относиться с пренебрежением. Тем более что Алтайский край входит в число регионов, которые являются природными очагами клещевого вирусного энцефалита (КВЭ). Ежегодно в теплое время года за медицинской помощью обращает-

Продолжение на стр. 30 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 28-29»

ся около 10 тысяч пострадавших от присасывания клещей.

Наиболее часто у нас регистрируют клещевой сыпной тиф: до 300–600 случаев в год. Значительно реже – клещевой вирусный энцефалит и клещевой иксодовый боррелиоз: до 25–60 случаев в год. Но если в первом случае (клещевой сыпной тиф) болезнь, хотя и протекает с яркими клиническими симптомами, практически всегда заканчивается выздоровлением, то при клещевом вирусном энцефалите и клещевом иксодовом боррелиозе есть немалая вероятность тяжелого течения с осложнениями и даже риском смертельного исхода.

И если от клещевого вирусного энцефалита можно защитить себя вакциной, то при боррелиозе отсутствуют меры специфической профилактики.

В отношении данного заболевания особое значение имеют выявление больных по ранним клиническим признакам и обязательная антибиотикотерапия по рациональной схеме, позволяющая избежать тяжелых поздних осложнений.

Первые проявления боррелиоза отмечаются спустя неделю после укуса клеща с небольшого повышения температуры и появления на месте укуса эритемы – красного пятна с просветлением внутри. Ранний период болезни часто сопровождается интоксикацией, проявляющейся по типу гриппоподобных состояний. В дальнейшем происходит поражение различных органов и систем. Наиболее часто страдают нервная система, сердечно-сосудистая система (одышка, аритмии), опорно-двигательный аппарат (эпизодические боли в крупных суставах, иногда сопровождаемые припухлостью).

Поэтому, чтобы защитить себя с началом теплого сезона, необходимо быть максимально внимательными и придерживаться неспецифических мер профилактики.

Во время посещения мест, отмеченных высокой активностью клещей, следует соблюдать простые правила: правильная одежда (она должна быть светлых тонов и плотно прилегать к телу), использование средств для отпугивания насекомых, самоосмотры и взаимоосмотры, – иными словами, стараться исключить укусы клещей.

Ирина Савина

Осторожно: КЛЕЩ!

Мистер Кот идет в поход

ЗНАТЬ ОБ ЭТОМ ДОЛЖЕН КАЖДЫЙ. БЕЗОПАСНОСТЬ – ЭТО ВАЖНО!

И ВО ВРЕМЯ ПРОХОДИТЕ ВАКЦИНАЦИЮ

А ЧТОБЫ ТЯЖЕЛОГО НЕ ПОВТОРИЛОСЬ, ВСЕГДА ПОЛЬЗУЙТЕСЬ РЕПЕЛЛЕНТАМИ

ИЗВЕСТНОМУ КЛЕЩУ ПОМЕСТИТЕ В ЕМКОСТИ И ОТВЕСЬТЕ В СПЕЦИАЛЬНО НАЗНАЧЕННУЮ ОПАКОВКУ

КОГДА СДИТ КЛЕЩА МОЖНО ЗНАТЬ ПО ТЕМПЕРАТУРЕ (3852)50-40-34

Министерство здравоохранения Алтайского края
КРАЕВОЙ ЦЕНТР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Что нужно знать каждому

- Клещи любят тень, поэтому прячутся в тех местах, где много травы и кустарников. Их очень мало на солнечных каменистых склонах и почти нет в хвойных лесах.
- Клещи чаще всего присасываются в области паховых складок и подмышечных впадин. Также нужно беречь грудь, шею, зону за ушами и голову.
- Собираясь в лес или за город, необходимо одеться так, чтобы исключить возможность попадания клещей под одежду. Брюки следует заправить в сапоги, рубашку в брюки. Манжеты рукавов, воротник должны плотно прилегать к телу. В качестве застежек лучше использовать молнии, а не пуговицы.
- Не стоит пренебрегать регулярными само- и взаимоосмотрами каждые 15 минут. После возвращения из леса тщательно осмотреть тело и одежду.
- Для отпугивания клещей на одежду необходимо нанести репелленты («Рейтамид таежный», «Москитол – антиклещ», «Пирик – антиклещ», «Дата», «Претикс», «Гардекс – антиклещ», «КРА – рен», «Дэфи – тайга» и др.). Они существенно снижают риск присасывания клещей.
- Если клещ присосался – по возможности сразу необходимо обратиться за медицинской помощью в медучреждение по месту жительства. Там будет решаться вопрос о необходимости введения иммуноглобулина. Иммуноглобулин следует вводить в первые три дня с момента присасывания клеща и при установленном факте, что он заражен вирусом клещевого энцефалита.
- Иммуноглобулин вводят бесплатно детям до 14 лет: в г. Барнауле в травмпункте детской поликлиники № 9, в районах края – в детских поликлиниках по месту жительства. Взрослым, у которых нет страховки, иммуноглобулин вводится платно в травмпунктах медицинских организаций по месту жительства и в медицинских кабинетах страховых компаний.

Если вы приняли решение самостоятельно вытащить клеща, не пренебрегайте следующими правилами:

- Клеща нужно захватить как можно ближе к голове пинцетом или обернутыми чистой марлей пальцами и выворачивать, как шуруп, пока он не выйдет.
- Место укуса продезинфицировать любым пригодным для этих целей средством (70%-ный спирт, 5%-ный йод, одеколон).
- Сразу после того, как достали клеща, – тщательно вымыть руки с мылом.
- Если на теле в месте присасывания осталась черная точка (это может быть головка или хоботок) – его необходимо обработать раствором йода.
- Ни в коем случае нельзя давить клещей пальцами – вирус через микротравмы может попасть в организм человека.
- Паразитов необходимо отдать на исследование. В Барнауле живого клеща можно привезти в вирусологическую лабораторию или в лабораторию исследований методом ПЦР в Краевой Центр гигиены и эпидемиологии (ул. М. Горького, 28, тел. 50-40-34). Доставить его нужно в емкости, закрытой плотной тканью (чтобы был доступ воздуха). При невозможности доставки на исследование снятого клеща необходимо сжечь.

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!».

Выражаю глубокую благодарность, признательность и восхищение коллективу врачей, медицинских сестер, санитарок отделения гнойной хирургии КГБУЗ «Городская больница № 8, г. Барнаул». Хочется отметить высокий профессионализм, организованность, искреннюю заботу и доброе участие всего медицинского персонала. В отделении чистота, сотрудники позитивны, красиво и со вкусом одеты, так что даже их внешний ухоженный вид помогает выздоровлению. Большое спасибо заведующему отделением, хирургу **Александр Викторовичу Калашникову** за профессионализм, сдержанность, за ободряющую поддержку, чувствуется его настоящая, глубокая увлеченность своей профессией, что вызывает безграничное доверие и восхищение. Желаю, чтобы ваша жизнь была наполнена уважением и благодарностью пациентов, поддержкой друзей, теплом родных.

Людмила Геннадьевна Воронцова

Хочу отметить работу бригады № 62 КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул»: доктора **А. З. Холдорова**, фельдшера **Д. В. Меленко** за оказанную моей сестре помощь. Благодарим, что есть такой доктор и его помощница: знающие, неравнодушные, внимательные, любящие свою профессию, отдающие свои знания, силы, здоровье. Пусть Господь их хранит и бережет.

Валентина Желонкина

Хочу выразить огромное спасибо медсестре КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Бийск» **Елене Юрьевне Шустовой**. Всегда ответит вежливо и доходчиво на волнующие вопросы, работает аккуратно и бережно, абсолютно не страшно приходится на перевязки, потому что Елена Юрьевна – профессионал в своем деле!

Мария Вячеславовна Свиридова

Хочу выразить благодарность доктору КГБУЗ «Тальменская ЦРБ» **Роману Евгеньевичу Дроботу** – профессиональный хирург и чуткий человек. Операция по удалению желчного пузыря прошла успешно. Доктор очень внимательно относился ко мне, постоянно навещал и контролировал состояние. Очень довольна результатом и подходом к пациенту. Спасибо, Роман Евгеньевич!

Оксана Сергеевна Моськина

Огромная благодарность **Сергею Муссаевичу Свиридову** (КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи») за высокий профессионализм, талант и успешно проведенную операцию. Благодаря вашим золотым рукам и внимательному отношению я быстро пошла на поправку. Спасибо за чуткость, заботу и профессиональную помощь!

Софья Алексеевна Мусихина

Выражаю искреннюю благодарность врачу ультразвуковой диагностики КГБУЗ «Зональная ЦРБ» **Анне Николаевне Смердовой** и коллективу медицинских сестер: **Татьяне Петровне Швинд**, **Анастасии Александровне Конунниковой** и **Наталье Алексеевне Карповой** – за профессионализм, заботу и поддержку в период лечения. Спасибо за ваш труд, терпение и чуткость! Желаю крепкого здоровья и успехов в вашей важной работе.

Нелли Николаевна Тибейкина

Больше тысячи слов благодарности могу сказать в адрес доктора-гематолога КГБУЗ «Краевая клиническая больница» **Ирины Юрьевны Кудиновой**. Профессионал с большой буквы, доктор от Бога, грамотная, отзывчивая, корректная, очень внимательная, радеет душой за свое дело. Ирина Юрьевна не только правильно поставит диагноз и назначит верное лечение, но и всегда найдет добрые слова для пациента, что очень важно!

Ольга Николаевна Суворова

Я обращалась к **Екатерине Владимировне Коренек** (КГБУЗ «Городская больница № 3, г. Рубцовск») и хочу выразить огромную благодарность за ее внимание и отзывчивость!

Наталья Викторовна Калашникова

Хочу выразить огромную благодарность всему коллективу КГБУЗ «Городская больница № 8, г. Барнаул» и зав. отделением **Надежде Владимировне Гетман** – это не просто доктор, а человек с золотыми руками и чутким сердцем. Она подробно объяснила мне все этапы лечения. А также хочу поблагодарить лечащего врача **Ольгу Дмитриевну Чикаловец**. Девочки медсестры, спасибо за ваши легкие руки, за то, что не игнорировали мои просьбы, за вашу поддержку и улыбки. Низкий поклон санитаркам за чистоту в палатах и коридоре. Спасибо вам за нелегкий труд, терпение и доброту. Очень рада, что попала именно сюда. Желаю вам и вашим семьям крепкого здоровья и всех благ.

Людмила Ч.



Новая поликлиника в селе Ребриха

Новая поликлиника в селе Ребриха значительно расширила диагностические возможности. В поликлинике работают современное эндоскопическое отделение и отделение лучевой диагностики – это позволяет врачам быстрее и точнее ставить диагнозы. Со дня открытия здесь:

- проведено более 10 000 рентгенодиагностических исследований;
- выполнено 539 эндоскопических исследований;
- проведено 3500 УЗИ;
- осуществлено свыше 250 000 лабораторных исследований;
- в малой операционной проведено 187 малых хирургических вмешательств.



В выпуске использованы фотографии с сайта zdravalt.ru, из архива редакции и открытых источников сети Интернет: anam-ayurveda.com, dzen.ru, mhcenter.ru, yandex.ru, alterainvest.ru, ru.pinterest.com, culture.ru