

Мы

и **ЗДОРОВЬЕ**



№ 5 (755) 22 мая 2026 г. | Издается с 17 июня 1994 г.

**С Днем Победы!**

➤ Стр. 2

**Организм против самого себя**

➤ Стр. 13-15

**На высоких рубежах**

➤ Стр. 16-17



**Дмитрий Попов**  
министр здравоохранения  
Алтайского края

## С Днем Победы!

### Уважаемые ветераны! Дорогие жители Алтайского края!

Сердечно поздравляю вас с праздником Великой Победы! В этом году мы отмечаем 81-ю годовщину со дня окончания Великой Отечественной войны. Этот день навсегда останется в народной памяти как символ торжества справедливости, мужества и любви к Отчизне.

Вклад медицинских работников в достижение Победы невозможно переоценить. Тысячи врачей и медсестер работали в полевых госпиталях и операционных, спасая раненых под непрерывным огнем. Их героизм, профессионализм и человечность – пример беззаветного служения своему делу.

Алтайский край тоже внес свой вклад. В годы войны здесь работали госпитали, где лечили десятки тысяч раненых. Врачи, медсестры, санитарки края делали все возможное и невозможное, чтобы спасти бойцов. Их вклад в Победу – наша общая гордость.

И сегодня, в ходе специальной военной операции, военные медики и гражданские врачи продолжают традиции своих предшественников. Они ежедневно рискуют жизнью, спасая раненых в зоне боевых действий, оказывают помощь эвакуированным, трудятся в прифронтовых госпиталях. Их самоотверженность и профессионализм возвращают в строй наших солдат.

Желаю вам крепкого здоровья, семейного благополучия, мирного неба и долголетия. Вечная память павшим, низкий поклон ветеранам. С праздником!



## Работа, где не ошибаются: как край ценит своих спасателей



В День работника скорой медицинской помощи губернатор Алтайского края Виктор Томенко посетил оперативный отдел Станции скорой медицинской помощи в Барнауле. Глава региона ознакомился с работой Единой диспетчерской службы, действующей в крае с 2019 года. Именно здесь, на первой линии приема сигналов, начинается работа, где ошибка невозможна по определению.

Темп работы фельдшеров не снижается ни на минуту: в среднем за смену они принимают 157 звонков, а в периоды эпидемий – до 250. Всего за 2025 год оперативный отдел отработал почти 850 тысяч обращений: каждая секунда на счету, каждое решение – под особым контролем.

В своем мессенджере «МАКС» глава региона подчеркнул масштаб службы: на станциях Алтайского края трудятся 211 врачей и 1551 специалист среднего звена. Ежедневно на дежурство заступают около 200 бригад, совершающих до 2000 выездов – более 700 тысяч в год.

Обновление автопарка: за последние пять лет медучреждения получили более 200 автомобилей, сумма вложений превысила 800 млн рублей. Новые машины оснащены современным оборудованием для оказания помощи на месте и во время транспортировки.

Также в рамках празднования Дня скорой медицинской помощи состоялся ежегодный торжественный концерт в Барнауле, посвященный работникам службы.

В ходе торжественной части прошло награждение отличившихся сотрудников скорой помощи, что стало практическим подтверждением ранее озвученной главой региона позиции о необходимости признания профессиональных заслуг медиков.

Порядка 50 сотрудников скорой помощи, продемонстрировавших высокий профессионализм и бесстрашие в своей работе, были награждены почетными грамотами и благодарственными письмами.

Такие встречи и награждения не просто отмечают заслуги отдельных специалистов – они подчеркивают важность всей системы скорой помощи для жителей Алтайского края. Каждый день эти люди доказывают, что их работа – не просто профессия, а призвание, требующее мужества, самоотдачи и высочайшего мастерства.

Фоторепортаж – на стр. 32 >>

## Определены победители конкурса

Определены победители краевого этапа Всероссийского конкурса врачей, а также конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

Для проведения обоих конкурсов Министерство здравоохранения Алтайского края сформировало конкурсные комиссии, которые и выбрали победителей.

В 2026 году в региональном этапе приняли участие 43 специалиста:

25 врачей и 18 работников среднего медицинского звена. Участников выдвинули 22 медицинские организации.

Победителями в 20 номинациях стали 33 специалиста. Они будут награждены дипломами и денежными премиями.

18 победителей регионального этапа, занявших первые места, представят Алтайский край в финале всероссийских конкурсов.

## Успешное удаление опухоли

Хирурги Горбольницы №5 удалили гигантскую доброкачественную опухоль печени весом пять килограммов. Операция длилась 6,5 часов и требовала предельной осторожности. У пациента осталась только половина органа, но он сможет вернуться к полноценной жизни.

Как рассказал заведующий хирургическим отделением КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул» Валерий Теплухин, большую гемангиому обнаружили у 35-летнего жителя Камня-на-Оби. Мужчина работает водителем-дальнобойщиком. В феврале после очередного рейса он обратился к медикам с жалобами на сильную боль в правом боку. При обследовании в правой доле печени нашли огромную опухоль, которая занимала 2/3 объема брюшной полости и сдавливала здоровую часть печени, вызывая ее атрофию. По словам Валерия Теплухина, перед операцией была проведена эмболизация кровеносных сосудов, питающих гемангиому. Это позволило немного уменьшить ее размер. Затем пациента успешно прооперировали.

Несмотря на сложность операции, уже на вторые сутки пациента перевели из реанимации в обычную палату. Он сразу начал ходить и самостоятельно принимать пищу. Врачу мужчина рассказал, что без гигантской опухоли в животе ему физически стало гораздо легче. Сейчас пациент уже дома в Камне-на-Оби, но в середине мая приедет в больницу на контрольный осмотр.

Хирурги Городской больницы № 5 обращаются к жителям края с просьбой регулярно проходить диспансеризацию, которая организована в рамках нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь», чтобы не доводить свой организм до подобных ситуаций.

# Врачебное сообщество учится управлять конфликтами



Программа повышения квалификации «Управление конфликтами: коммуникативные основы медицинской деятельности» для руководителей медицинских учреждений, заместителей главного врача по медицинской части и специалистов по работе с обращениями граждан действует в Алтайском государственном медицинском университете с конца прошлого года. Тема сама по себе актуальная, а недавно в нее был добавлен новый учебный модуль – особенности коммуникации с участниками специальной военной операции и членами их семей. О том, как проходит обучение навыкам разрешения конфликтных ситуаций, рассказала руководитель программы Марина Шамардина, кандидат психологических наук, доцент, директор Института клинической психологии АГМУ.

## Конфликты как диагностика ситуации

– Курс изначально был ориентирован на главных врачей и заместителей

по медицинской части, на работу с обращениями граждан и в целом на схемы управления конфликтами в системе здравоохранения. Сейчас, кроме руководителей, на курсе учатся

и те сотрудники, в задачи которых входит непосредственное общение с пациентами и их родственниками. По итогам обучения слушатели говорят о том, что полученную информа-

цию они будут транслировать своим коллективам, – рассказывает Марина Валерьевна. – Самый первый набор в прошлом году помог нам скорректировать запрос, какой информации по этой теме не хватает. Кроме этого, стало ясно, что появляется новый контингент пациентов – участники СВО и члены их семей, с которыми нужно выстраивать отношения более качественно и доверительно, чтобы сформировать у них мотивацию к лечению.

Те, кто уже прослушал курс, отметили: они смогли разобраться в том, что конфликты – это некая коммуникация, которая сопровождает всю нашу жизнь. Их не стоит бояться, ими можно и нужно управлять. Порой конфликты становятся инструментом диагностики и помогают понять, какие есть проблемы в коммуникации.

## Цифры и факты

**36 часов** – продолжительность курса.

**87 главных врачей** и их заместителей, а также **38 специалистов** по работе с обращениями граждан в ЛПУ прошли обучение по этой программе.

Для системы здравоохранения существует много методических пособий и рекомендаций по управлению конфликтными ситуациями, мы их систематизировали и предложили слушателям. Выпускники программы оснащены достаточно хорошим материалом. К примеру, в модуле по конфликтам в здравоохранении поэтапно прорешивается каждый уровень: конфликты с пациентами, внутри медицинского персонала, конфликты «главный врач – сотрудник» и так далее. Разработанные кейсы максимально приближены к реальной жизни

они. За основу взяты произошедшие ситуации, без названия учреждений и фамилий. Кроме того, сами руководители готовы разбирать ситуации, с которыми столкнулись в своей работе. Мы обсуждаем их прямо на занятиях и тем самым решаем две задачи – помогаем разобраться с самой ситуацией (выявляем триггеры, выясняем, почему конфликт перешел на другую стадию, не завершился и т.д.) и повышаем качество учебного материала благодаря использованию в качестве примера реальных ситуаций, взятых из практики приема пациентов.

## Преподаватели курса

Марина Валерьевна отметила, что все преподаватели имеют опыт работы как в медицинской организации, так и с участниками СВО и членами их семей. В реализации курса задействованы две кафедры Института клинической психологии АГМУ – кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО и кафедра общей и прикладной психологии.

В числе преподавателей – **Юлия Трунова**, врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук. Она работает также в Алтайском краевом госпитале для ветеранов войн, поэтому рассказывает в том числе о сопровождении в лечении ветеранов боевых действий. Другой специалист – **Татьяна Волкова**, кандидат психологических наук, доцент, заведующая кафедрой общей и прикладной психологии, клинический психолог, которая проводит психологические консультации с участниками (ветеранами) СВО и членами их семей в рамках проекта АГМУ «Дни здоровья для семьи участника СВО».

У Марины Шамардиной, руководителя курса, первый опыт подобной работы был связан с ветеранами войн в Афганистане и Чечне. Также работала в ККБСМП №2, сейчас, помимо основ-

## Это важно!

Программа повышения квалификации «Управление конфликтами: коммуникативные основы медицинской деятельности» запущена в рамках реализации национального стандарта РФ «Система менеджмента человекоцентричной медицинской организации». Реализацию программы курирует отдел по работе с обращениями граждан Минздрава Алтайского края.

ной деятельности, является психологом-волонтером и научным сотрудником в проектах, направленных на поддержку ветеранов СВО и членов их семей, в том числе детей.

– Я с 2020 года как психолог-волонтер участвую в грантовых проектах, которые курирует **Ольга Александровна Орлова**, директор АНО «Центр помощи семье «Светоч». Она также является координатором проекта партии «Единая Россия» по оказанию помощи участникам СВО, членам их семей и семьям погибших защитников Отечества. У нас вышло по этой теме несколько пособий – настольных книг психолога, мы все готовы поделиться своими знаниями и навыками.

## Учебные модули

Одна из особенностей программы – ее практическая направленность, изучение алгоритмов работы с наиболее типичными для медицинской организации конфликтами. Среди них можно выделить ситуации внутри коллектива, конфликты с пациентами и их родственниками, работу с жалобами. В числе используемых методик – техники медиации и восстановления здорового климата внутри команды, деэскалация (проще говоря,

Слушатели знакомятся с тем, какие бывают типы конфликтов и конфликтные типы личности. От понимания этих особенностей зависит то, как с ними работать.

Продолжение на стр. 6 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 4-5

снижение градуса конфликта), эмпатичное слушание, управление ожиданиями, профилактика конфликтов. В теме коммуникации с «трудными», «конфликтными» пациентами рассматриваются стратегии сохранения собственных границ без потери человечности и как можно восстановить свое ресурсное состояние.

Программа также предполагает психологическое тестирование слушателей, чтобы определить их обычную или преобладающую стратегию поведения во время конфликта. По словам эксперта, это позволяет понять, почему некоторые конфликты решаются не так, как должно быть, или вовсе остаются без разрешения.

– Сложность работы врача состоит также в том, что при большом потоке пациентов следующий не должен ощущать на себе, что возникла какая-то проблема с предыдущим. Его нужно принять так же внимательно, как и всех остальных. Поэтому управ-

ление собой, своими эмоциями, понимание, как себя быстро восстановить в такой ситуации и настроиться на общение, будет, наверное, ключевым. Для этого мы включили в программу курса модуль по саморегуляции, с практикующим.

**Слушатели знакомятся с тем, какие бывают типы конфликтов и конфликтные типы личности. От понимания этих особенностей зависит то, как с ними работать.**

– Мы говорим о том, что такое коммуникативная компетентность и почему важно ее развивать. Об эффективности профессионального общения, в том числе об установлении и поддержании доверительного контакта, схемах коммуникации, принципах конструктивной критики и обратной связи, пациентоцентричности. О том,

как правильно выстроить профессиональное общение с пациентом и перейти на уровень коммуникации сотрудничества. Проводим разбор конкретных ситуаций в практике специалиста по работе с обращениями граждан. Изучаем коммуникативные приемы и техники организации общения в ЛПУ, в том числе разные формы работы с сопротивлением и манипуляцией. Разбираем мифы о конфликтах, смотрим, как могут трансформироваться конфликтные ситуации.

Новый модуль по работе с участниками СВО посвящен тому, как правильно выстроить коммуникацию, чтобы человек захотел общаться и при этом заниматься своим здоровьем. Начинаем его с того, что приводим психологический портрет участника СВО. У военнослужащих и ветеранов боевых действий есть особенности поведения, связанные с пережитыми событиями. Посттравматический синдром, который остается в виде боевого стресса, сказывается на коммуникации в целом. То, что случилось, хранится в памяти, и это нужно отразить. А воин не всегда готов об этом говорить, потому что испытывает очень много состояний: это и боль, и тревога, и страх, и обида, и вина. Все эти эмоции заставляют его уйти в себя и стать более замкнутым. Поэтому важно наладить коммуникацию таким образом, чтобы у него выстроилось доверие и к самому врачу, и к методам лечения. Основа такой коммуникации – аккуратное взаимодействие, с пониманием того, что испытывает человек.

Мы говорим слушателям о том, с чего лучше начать разговор, какие слова подобрать, а какие не стоит использовать, потому что они могут стать триггерами, на какие внешние проявления внутреннего состояния стоит обратить внимание. Также рассказываем о том, как работать с членами семей военнослужащих, которые испытывают тревогу и страх за своих близких.

Подготовила Елена Клишина.  
Фото предоставлено спикером

участников СВО и членов их семей – один из ключевых векторов развития вуза.

«С самого начала специальной военной операции Алтайский государственный медицинский университет не оставался в стороне... Сегодня мы закономерно выходим на новый, профильный для нас уровень поддержки – оказываем квалифицированную медицинскую и психологическую помощь. АГМУ сегодня – это не только передовое образовательное учреждение, но и настоящий форпост медицинских возможностей региона, позволяющий проводить комплексное обследование с применением коморбидного подхода. Такая работа находится под моим личным контролем, ведь это наш прямой гражданский долг».

По информации сайта [asmu.ru](http://asmu.ru)

## В тему

Дни здоровья для участников СВО и членов их семей проходят ежемесячно в Научно-исследовательском центре «Здоровьесбережение» АГМУ: в этом году состоялось четыре мероприятия, последнее из них – 14 апреля. Оно было ориентировано на комплексную медико-психологическую поддержку этой категории граждан. За время действия программы консультативную помощь получили 57 человек – военнослужащие, их матери, супруги и дети. Прием вели профильные специалисты: педиатры, терапевты, психотерапевты, гинекологи, неврологи, кардиологи и клинические психологи. Взрослые и дети смогли пройти углубленную диагностику и получили индивидуальные рекомендации по дальнейшему наблюдению и реабилитации.

По словам ректора АГМУ **Ирины Шереметьевой**, поддержка

# Самозанятые и больничные



26 апреля вступили в силу изменения в правила оформления больничных листов. В том числе о том, что самозанятые теперь могут получать оплату в период временной нетрудоспособности.

## «Некогда болеть»

Жительница Барнаула Марина К. стала самозанятой в 2021 году, так пришлось поступить в связи с семейными обстоятельствами – нужно заниматься здоровьем и учебой ребенка. С тех пор ни разу не позволяла себе «нормально поболеть» – то есть совсем не выполнять работу, а только лечиться, восстанавливать здоровье в случае необходимости. «Как-то не было необходимости, всегда справлялась. Все равно работаю в основном удаленно, основные заказчики – в Москве или других городах. В офис не хожу, ни с кем не встречаюсь, если вдруг настигло ОРВИ, все равно работаю дома. Если уж совсем тяжело, то

могу отказаться от какого-либо срочного или сложного заказа. Но стараться этого не делать, так как бывали случаи, когда из-за высокой занятости отказывала кому-то, и этот заказчик больше не возвращался. Прошлый год был особенно трудный: то бронхит, то пневмония, то надолго обострился хронический ринит, но даже и тогда ни разу не отказывалась от заказов под предлогом болезни». Такая позиция, конечно, с одной стороны, вызывает уважение – не пасовать перед трудностями и всеми силами стараться сохранить клиентскую базу и доверие заказчиков. Но, с другой, возникает вопрос: а как быть, если прижмет действительно серьезно, вплоть до госпитализации, и тогда уж точно она

## Цифры и факты

В России около **15 миллионов человек** имеют статус самозанятого (плательщики налога на профессиональный доход). До введения новых мер они были практически исключены из системы больничных выплат и в случае болезни не имели никакой финансовой поддержки, пишет «Российская газета».

не сможет работать? С пневмонией, кстати, Марине предлагали лечь в стационар, но она отказалась.

В Алтайском крае, по данным ФНС за 2025 год, более 192 тысяч самозанятых граждан – это 9% населения региона.

1 января 2026 года в России начал действовать эксперимент – программа добровольного социального страхования на случай временной нетрудоспособности для самозанятых. Он продлится до 31 декабря 2028 года. По данным отделения СФР по Алтайскому краю, с начала этого года 434 самозанятых в крае подали заявления на участие в программе, причем сделали это в основном через приложение «Мой налог». Подать заявление можно до 30 сентября 2027 года.

## Что это за программа?

Участие в данной программе страхования – добровольное. То есть самозанятый должен частично сформировать те средства, которые потом получит в случае своей болезни или травмы.

Продолжение на стр. 8 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 7»

Подать заявление можно через краевое отделение Социального фонда России (СФР), сервис «Госуслуги» или приложение «Мой налог». Из документов нужны только данные паспорта и ИНН.

Можно выбрать одну из двух страховых сумм – 35 тысяч рублей или 50 тысяч рублей и каждый месяц вносить на свой страховой счет 3,84% от выбранной суммы – соответственно, 1344 рубля или 1920 рублей. Или можно сделать единовременный годовой платеж – 16 128 и 23 040 рублей соответственно. В следующем году страховую сумму можно будет поменять.

По данным Минтруда РФ, которые приводит «РГ», в России к началу марта для получения оплачиваемого больничного в СФР зарегистрировалось более 19 тысяч самозанятых. Из них 60% выбрали максимальную страховую сумму 50 тысяч рублей.

Право на получение выплаты является после шести месяцев непрерывной уплаты взносов или спустя полгода после внесения годового платежа.

### К сведению

Новые правила оформления больничных листов также коснутся и родителей (как мам, так и пап), находящихся в отпуске по уходу за ребенком до полутора лет (декретном) и пожелавших проработать у другого работодателя. Теперь, если они подрабатывают и оформляют отношения с новым работодателем официально, право на получение пособия по уходу за ребенком у них сохраняется, отпуск по уходу не прекращается. Кроме того, если родитель заболел, ему будет оплачен и больничный лист. Если родитель выходит на неполный день к своему основному работодателю, пособие также сохраняется.

После регистрации и при условии регулярной уплаты страховых взносов отделение СФР по Алтайскому краю обязательно проинформирует гражданина, когда у него возникнет право на выплаты. Уведомления поступают после закрытия больничного листа. Для самозанятых листки нетрудоспособности оформляются только в электронном виде – так быстрее и надежнее. Кроме того, СФР также запросит согласие застрахованного лица на то, чтобы перечислить страховое обеспечение при наступлении страхового случая.

К страховым случаям относятся болезнь, травма, уход за больным родственником, карантин, протезирование в стационаре по медицинским показаниям, санаторно-курортное лечение после выписки из больницы. Выплаты по беременности и родам, а также по уходу за ребенком до полутора лет данная программа не предусматривает.

Размер пособия рассчитывается индивидуально и зависит от двух факторов: общий страховой стаж (включая годы работы по найму) и продолжительность уплаты взносов в рамках новой программы. Чем дольше человек участвует в программе страхования и чем больше его стаж, тем выше будет выплата.

«Новое правило дает семьям гораздо больше свободы: можно спокойно совмещать заботу о малыше с дополнительным заработком», – пишет «РГ». Кроме того, это снижает финансовую нагрузку на семьи с совсем маленькими детьми.

Подготовила Елена Клишина.  
Использована информация «Российской газеты» и официального сайта СФР

5 мая акушерки всего мира отмечают свой профессиональный праздник. «МиЗ» сегодня расскажет о семейном акушерском дуэте, маме и дочери, которые работают в родовом отделении с операционными краевого перинатального центра «ДАР».

### Мама

**Надежда Михайловна Моисеева**, стаж в профессии – 32 года.

Живет в селе Зудилово и на работу приезжает сама за рулем. В тот день, когда мы договорились брать у нее интервью, у Надежды Михайловны должен был быть выходной после суточной смены. Но она осталась на рабочем месте, так как начались роды у «ее девочки» – женщины, выбравшей индивидуальное ведение родов. В этом случае женщина может выбрать, с каким врачом и с какой акушеркой она будет рожать. Ее выбор пал в том числе и на Надежду Михайловну. Роды прошли благополучно («все отлично», по словам самой Надежды Михайловны), и на свет появилась девочка весом 3900, которую назвали Аленой.

– У нас это часто бывает – выходить не по графику. А здесь девочка моя зарожала, и я осталась после суток, хотя бывает, что и из дома приезжаю – и днем, и ночью, такая наша работа.

Надежда Михайловна в профессии – с марта 1994 года. Часто бывает, что медики приходят в профессию с кем-то за компанию и остаются на всю жизнь. Так и наша героиня: поступать в Барнаульское базовое медицинское училище ее позвала одноклассница. Причем сама подружка не поступила, а На-

## «Мы все делали в четыре руки»



дежда выучилась и скоро поняла, что выбрала верное направление в жизни. Сразу после окончания училища Надежда получила распределение в роддом Новоалтайска – в родовое отделение.

– В учебе всякое бывало, но окончила хорошо, без троек. Когда началась практика, мы только смотрели, делать нам самим ничего не давали. И я тогда еще не особенно прониклась акушерством. А вот когда сама начала работать... Это сейчас тех, кто после колледжа, учат на рабочем месте по два-три месяца. А тогда буквально вышла на вторую смену – и сразу роды! Все было – и слезы, и уйти хотелось, потому что непросто оказалось, но желание работать именно акушеркой всегда возвращалось.

Когда моя дочь Даша объявила, что хочет стать акушеркой, я не очень-то этому обрадовалась – знаю же сама,

каково бывает на дежурстве. Хотела уговорить ее, чтобы пошла хотя бы на медсестру. Но она сказала, что хочет быть акушеркой. Ну что, дело а самое приятное – когда до-вольная женщина уходит со-здоровым ребенком. Ког-да выкладываешь маме ребен-ка на живот, и она плачет от счастья – это такая радость, понимаю, что работаю не зря. Мне даже муж иногда говорит, что я свою работу люблю больше, чем семью. Но, на-верное, это потому, что я сво-ей профессией живу столько лет. Тем девочкам, которые сейчас учатся на акушерок, я бы хотела ска-зать: если вы выбрали эту профессию, надо идти в ней до конца. Бывает, что

каково бывает на дежурстве. Хотела уговорить ее, чтобы пошла хотя бы на медсестру. Но она сказала, что хочет быть акушеркой. Ну что, дело а самое приятное – когда до-вольная женщина уходит со-здоровым ребенком. Ког-да выкладываешь маме ребен-ка на живот, и она плачет от счастья – это такая радость, понимаю, что работаю не зря. Мне даже муж иногда говорит, что я свою работу люблю больше, чем семью. Но, на-верное, это потому, что я сво-ей профессией живу столько лет. Тем девочкам, которые сейчас учатся на акушерок, я бы хотела ска-зать: если вы выбрали эту профессию, надо идти в ней до конца. Бывает, что

«Самое сложное в моей работе – всем женщинам нужны индивидуальный подход и внимание».

Самое сложное в моей работе – всем женщинам нужны индивидуаль-

Продолжение на стр. 10»

«Продолжение. Начало на стр. 8-9»

приходят девушки к нам на практику, посмотрят, и им не нравится. Надо любить свою работу. Надо любить то дело, которому ты отдаешь часть своей жизни. Если не будете любить, то и работать здесь не сможете. Акушерская работа в родзале – это огромная ответственность за жизнь и здоровье мамы и ребенка, и кроме того, нужно проживать все моменты рождения малыша вместе с ней.

## Дочь

**Дарья Дмитриевна Смирнова,** стаж – шесть лет.

Сама Надежда Михайловна – из многодетной семьи, в которой было семеро детей. Теперь демографическую программу выполняют две ее дочери – обе сейчас находятся в декрете. У старшей, Анны, уже третий ребенок, у младшей, Дарьи, первый. Всем внукам помогала появиться на свет Надежда Михайловна.

Анна в медицину идти не захотела, а Дарья выбрала путь своей мамы. Рождение первенца для Дарьи – важный опыт, который имеет большое значение и в профессиональной деятельности.

– Одна роженица мне как-то сказала: «А ты сама рожала? Нет? Тогда ты не поймешь, как это больно – рожать». Более того, она даже сказала, что пока я сама не получу такой опыт, то и работать в этой профессии не могу. Мне тогда стало так обидно! Конечно, родив, понимать женщин я стала лучше, да, это нужно пережить. Но все равно каждый организм индивидуален, и нет таких родов, которые бы проходили как по учебнику. Вообще, те женщины, которые рожают второй-третий раз, с осторожностью относились ко мне как к молодому специалисту, иногда просили позвать врача или акушерку поопытнее.

Трудно в это поверить, но Дарья говорит, что пример мамы не повлиял на выбор профессии.

– Я, когда еще училась в школе, видела себя только в медицине – не знаю, почему. Выбирая профессию, хотела быть либо стоматологом, либо



медсестрой. Но, полистав брошюры по акушерству, послушав истории мамы про женщин и что они чувствуют, когда у них рождается ребенок... Так что да, наверное, мама оказала влияние. Дома всегда были разговоры про работу. Мне и самой было интересно – и что чувствует женщина, и что чувствует мама, когда принимает роды.

Дарья Дмитриевна познакомилась с профессией вживую раньше, чем остальные однокурсники. Когда они пришли на практику в родовое отделение «ДАРА», она уже там работала младшей медицинской сестрой по уходу за пациентами.

– Я пошла работать младшей медсестрой, чтобы понимать, как все устроено, видеть, что происходит. Практика в колледже – это одно, а реальная работа – совсем другое. И когда началась практика, я уже смотрела на нее по-другому, была более подготовленная.

Мама была против того, чтобы я становилась акушеркой, так как знает, насколько это тяжело: работа сутками, тяжело разделять работу и остальную жизнь... Но это не повлияло на мой выбор. Меня сразу прикрепили к маме, и она меня всему обучала. Сейчас все, кто видит мою работу, видят и работу моей мамы: она научила меня так, как работает она сама. Как принимает роды, как общается с женщинами. Мы все делали в четыре руки. Мне кажется, что мама относилась ко мне строже, чем к другим своим подопечным. Одних только бумаг сколько приходилось переписывать... Но и у

нас с нею не было заведено на работе называть друг друга мамой и дочкой – только по имени-отчеству. Я никогда не рассчитывала на то, что она за меня заступится или за меня что-то переделает. На работе мы – коллеги. Бывало, что и спорили по рабочим моментам, каждая отстаивала свою точку зрения.

Муж предлагал мне получить высшее медицинское образование. Но я пока не думаю об этом. Быть врачом-гинекологом – это совсем другое, акушерка все равно ближе к женщине в период родов, проходит его с ней, можно сказать, рука об руку. Те, кто ни разу не принимал роды, не поймут те чувства, которые мы испытываем в тот момент, когда берем только что родившегося ребенка в руки. Мне эта работа по душе, и, если честно, я уже соскучилась по ней. Для меня в этой работе главное – это поддержка женщины, понимание.

Поначалу я еще старалась считать, сколько детей приняла. Но когда счет пошел, как говорится, на сотни, перестала. Обычно в смену я принимаю в среднем от трех до пяти ребятишек. Самое большое за сутки – семь родов. Самое сложное в работе: к сожалению, мы никак не можем облегчить ту боль, которую испытывает женщина, или как-то сделать так, чтобы она поскорее закончилась.

**Елена Клишина.**  
Фото предоставлено героинями материала

# Путь медсестры

12 мая отмечают свой профессиональный праздник медицинские сестры во всем мире. Со времен Флоренс Найтингейл\* изменились лишь технологии и медикаменты. Сам сестринский уход включает те же принципы – оказывать всю необходимую помощь пациенту, руководствуясь милосердием и заботой. Ежегодно медицинские учреждения нашего региона выпускают сотни специалистов сестринского дела. В профессии остается не каждый. Но есть те, кого она позвала и больше не отпускает. Одна из них – медицинская сестра инфекционного отделения детского отделения Консультативно-диагностической поликлиники № 14 Елена Петухова. Чем привлекла профессия молодого специалиста – узнали из первых уст.

\* Флоренс Найтингейл – основоположница современного сестринского дела.



## Хирургии учат в школе

Елена Петухова первые профильные «корочки» получила сразу после окончания школы. «После 9-го класса я хотела пойти учиться на ветеринара либо в медицинский колледж. Мы приехали с дедушкой в ББМК (Барнаульский базовый медицинский колледж. – Прим. ред.), но директор сказал, что необходимо окончить 11 классов, и предложил на выбор три школы с медицинским уклоном. Я выбрала школу № 37, где в то время

был медицинский класс. Всю неделю в 10-м и 11-м классах мы занимались как обычные школьники, а по четвергам ездили на занятия в ББМК. У нас шли лекции по хирургии, терапии, сестринскому делу – это было очень интересно! – вспоминает наша героиня. – Мы чувствовали себя настоящими студентами: у нас были студенческие билеты, зачетные книжки – мы сдавали в колледже самые настоящие зачеты и экзамены. После 11-го класса летом сдали государственные эк-

Продолжение на стр. 12 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 11»

замены, и нам вручили сертификаты младших медицинских сестер и ждали в колледже в качестве первокурсников».

Но после окончания школы в силу различных причин девушка изменила решение и поступила в вуз по совершенно другой специальности. При этом начала подрабатывать сиделкой. «У меня было несколько пациентов. Тогда меня хватило примерно на полгода. Было очень тяжело физически и морально совмещать обучение с такой работой – я ухаживала за женщиной с диагнозом «шизофрения», оказывала ей полноценный сестринский уход: кормила, мыла, помогала переодеваться, контролировала жизненно важные показатели», – признается молодой специалист.

А чуть позже случился декретный отпуск, который и расставил все по своим местам.

«Находясь в отпуске по уходу за ребенком, я поняла, что зов сердца не утих: все-таки я хочу стать настоящим медиком, и моя мечта обязательно должна осуществиться. Я подала документы в БМК на сестринское дело, легко поступила и окончила учебное заведение с красным дипломом. Очень хотела работать в Центре крови, поскольку на протяжении 13 лет являюсь донором и часто там бываю. Но уже на второй практике, которая проходила в Консультативно-диагностической поликлинике № 14, поняла, что тут мое место, мне тут очень понравилось», – рассказывает Елена Петухова.

### От донора к медсестре

Сразу после окончания колледжа Елена начала работать на участке с педиатром. «Здесь также быстро пришло понимание, что это не мой профиль. И когда предложили место в инфекционном отделении, не раздумывая согласилась и поняла, что не ошиблась с выбором направления. Работа в инфекционном отделении всегда держит в тонусе и не дает скучать. Мне нравится, что здесь нет

рутины. Каждый пациент – новый интересный случай, который заставляет думать и развиваться, – делится медсестра. – Поначалу я даже и не думала, что захочу и смогу работать с детьми. Но уже на протяжении нескольких лет я ежедневно беру различные мазки. Для ребенка это всегда волнительно и даже страшно, но я умею сделать этот момент менее напряженным. Каждый раз это и сложно, и интересно – нужно быть немного психологом и немного аниматором, чтобы отвлечь и успокоить пациента. При этом сделать непосредственную свою работу четко, быстро и правильно».

По словам Елены Петуховой, самое сложное для нее в профессии – эмоциональная нагрузка.

«Так или иначе переживаю за каждого пациента, и поэтому приходится стараться, чтобы не выгореть. Но вместе с этим специфика работы весьма интересная. Ну и, конечно, радостно видеть результат своей работы – когда твой труд помогает другому человеку», – отмечает специалист.

Профессия научила ее терпению, состраданию и ответственности – каждый день приходится работать с инфекционными агентами, и любая ошибка может стоить здоровья не только пациенту, но и самим медработникам, а также их близким.

Оттачивая свои навыки, медицинская сестра строит планы на дальнейшее развитие в профессии. «Медицина не стоит на месте, и я хочу развиваться вместе с ней: учиться новому, осваивать современные методики. Возможно, придет время – и в будущем я смогу делиться своим опытом с моло-



дыми коллегами. А пока день за днем – практическая работа с пациентами, постоянные обучения для повышения уровня знаний и желание продвинуться еще глубже в своем профиле», – говорит Елена Викторовна.

Точно так же продолжается ее путь как донора. «В подростковом возрасте я узнала, что мой дедушка был донором. Когда мне исполнилось 18 лет, я сразу пошла в Центр крови и тоже стала сдавать кровь. Уже тогда поставила себе цель стать почетным донором России. Участь в медицинском колледже, была волонтером популяризации кадрового донорства, проводила лекцию школьникам – рассказывала о

важности донорства, участвовала в донорских акциях. В моем окружении есть четыре человека, глядя на меня, тоже стали донорами. И когда я вижу их фотографии из Центра крови, радуюсь, что они тоже теперь помогают людям, – рассказывает Елена Петухова. – К сожалению, у меня бывают перерывы в кроводаче, но в этом деле важно не забывать и о своем здоровье. Это стало частью моей жизни. Моя позиция: быть донором – значит быть человеком».

Ирина Савина.  
Фото из личного архива  
Елены Петуховой

Профессия научила ее терпению, состраданию и ответственности – каждый день приходится работать с инфекционными агентами, и любая ошибка может стоить здоровья не только пациенту, но и самим медработникам, а также их близким.

## Организм против самого себя



27 мая – Международный день рассеянного склероза. Болезнь кажется редкой и далекой, если не знать один факт о ней: никто от нее не застрахован, и «выстрелить» она может у кого угодно. Даже у детей. Об особенностях заболевания в детском возрасте редакция «МиЗ» узнала у Анны Голенко, главного внештатного детского специалиста-невролога, заведующего отделением неврологии Краевого центра охраны материнства и детства.

### Ранний дебют – это плохо

В нашем регионе проживают 1200 больных рассеянным склерозом (далее – РС), в том числе 12 детей. В публикации информационного ресурса для пациентов с рассеянным склерозом Betalife.ru говорится, что средний возраст дебюта РС – от 20 до 40 лет, однако заболевание может дебютировать при наличии ряда факторов и в период «иммунного программирования», то есть в подростковом возрасте. Анна Анатольевна подтверждает, что

в предпубертатном и пубертатном периоде заболевание нередко заявляет о себе.

– Дебют в подростковом возрасте – это, как правило, всегда плохо. Сам факт раннего дебюта – это прогностически неблагоприятный признак. Самый ранний случай рассеянного склероза у детей в Алтайском крае и один из самых ранних в России был выявлен десять лет назад. Тогда девочке было восемь лет, сейчас восемнадцать. Диагноз мы ей поставили с опаской, но потом рассеянный склероз был подтвержден в Москве.

Для нас этот факт вообще был шокирующим, мы раньше со столь ранним началом не сталкивались. В среднем же у наших юных пациентов рассеянный склероз стартовал в 13–15 лет на фоне полового созревания и гормональных «бурь» в организме. При этом сказать, что есть какая-то гендерная обусловленность, мы не можем: заболевают и мальчики, и девочки, их примерно одинаковое количество. У всех заболевание проявлялось по-разному: у кого-то кружилась голова, кто-то

Продолжение на стр. 14 >>

«Продолжение. Начало на стр. 13

потерял чувствительность в ногах на длительное время, у кого-то были двигательные нарушения, так как РС «любит» мозжечок – орган координации. Однако, в отличие от взрослых, даже при тяжелом дебюте с острыми множественными проявлениями дети могут восстанавливаться практически до своего прежнего состояния, до нормы. Взрослые после атак до нормы, как правило, не восстанавливаются. С каждой новой атакой нашим пациентам может становиться все хуже. У одной пациентки был бурный дебют с утратой сознания, она была обездвижена. Вторая атака вызвала у нее нарушения чувствительности в ногах. Мы сделали МРТ и увидели в мозгу свежие очаги.

Дети с РС практически все на инвалидности, у них много ограничений в жизни – им нужно беречься от вирусных инфекций, нельзя находиться длительное время на солнце, так как гиперинсоляция считается провоцирующим фактором. У многих из тех детей, которых мы наблюдаем, триггером послужила инфекция из группы герпесвирусных, в том числе герпес шестого типа и ветрянка, а также вирус Эпштейна – Барр – доказанный триггер. Все они учатся, некоторые поступают в институты, и во взрослую сеть они переходят от нас, что называется, на своих ногах.

Когда не было лечения, пациенты очень быстро инвалидизировались. А сейчас терапия разноплановая и персонализированная, подбирается для конкретного пациента в зависимости от типа течения заболевания. Если раньше они получали иммуноглобулины, интерфероны, гормональные препараты, то последнее поколение препаратов – это уже моноклональные антитела, узконаправленные и предназначенные для лечения нейровоспалений при демиелинизации. Продолжительность жизни при правильном лечении

и ответственном подходе к терапии самого пациента может быть сопоставима с общепопуляционной.

Анна Анатольевна приводит и еще один пример. Наташе сейчас пятнадцать. В младшем школьном возрасте девочка получила сильные ожоги нижних конечностей, провалившись в яму с кипятком. Спустя несколько лет у нее начал развиваться рассеянный склероз. По словам детского невролога, ожоговая болезнь могла стать одним из факторов, запустивших иммунный сбой, из-за которого организм начал работать против самого себя. У Наташи развилась острая демиелинизация. Был период, когда она не могла ходить и передвигалась в инвалидном кресле. Сейчас она получает терапию препаратами первой линии и реабилитацию и снова начала ходить.

## Режим самоуничтожения

Рассеянный склероз – это аутоиммунное заболевание. Оно выражается в том, что в головном и/или спинном мозге возникают очаги воспаления, на которые организм обрушивается всей силой своего иммунитета. Воспаления затухают, а на их месте вместо миелиновой оболочки нервных волокон возникает соединительная ткань или рубец. Но миелин – это проводник нервных импульсов, а соединительная ткань такими свойствами не обладает, поэтому скорость и качество передачи импульсов от мозга органам и тканям страдают, и они перестают нормально функционировать.

– Название заболевания расширяется так: рассеянный – очаги воспаления могут возникнуть в любых участках головного и спинного мозга; склероз – уплотнение, возникшее в результате замещения миелина соединительной тканью. Из-за «рассеянности» у заболевания потому и нет какой-то узкой

симптоматики; наоборот, проявления разнообразны, могут проявляться и исчезать, вводить в заблуждение. У болезни может быть один или несколько очагов. Есть дети, у которых по двадцать очагов, – говорит Анна Анатольевна. – А симптоматика может быть в виде потери чувствительности или нарушений функции движения той или иной конечности, или оба нарушения сразу, потому что поражены отвечающие за чувствительность и движение участки мозга. Если очаг демиелинизации находится в спинном мозге, то мы можем видеть нарушение функций тазовых органов – частые позывы к мочеиспусканию, недержание.

Очаги, характерные для рассеянного склероза, хорошо видны при проведении МРТ. Рано или поздно воспаление проходит, и на повторном исследовании в динамике мы видим, что эти склерозированные очаги не активны, но они тем не менее остаются. По количеству активных и неактивных очагов мы можем сделать вывод, что пациент перенес какое-то количество атак-обострений. У кого-то атаки редкие, а у кого-то их может быть несколько в год. При этом с каждой новой атакой появляется новая симптоматика. Рассеянный склероз – заболевание прогрессирующее, и если его не лечить, то состояние будет только усугубляться.

## Факторы «запуска»

Точные причины развития РС ученым пока сложно назвать, однако они выявили набор факторов, которые могут взаимодействовать друг с другом и вызывать дебют болезни. Важно: один фактор из перечисленных вряд ли может стать триггером, их должно быть несколько.

К факторам риска относятся генетическая уязвимость, а именно наличие специфических вариантов генов и случаи РС у близких родственников.

Жители северных широт болеют чаще, чем жители южных регионов. РС также может быть связан с дефицитом витамина D – к примеру, у северян с их недостатком солнечного света.

Вирус Эпштейна – Барр может увеличивать риск развития заболевания в несколько десятков раз.

## К факторам риска, на которые можно влиять, относятся:

- курение (увеличивает риск в 1,5 раза и ускоряет прогрессирование);
- ожирение в подростковом возрасте, особенно у девочек;
- чрезмерное потребление поваренной соли и насыщенных жиров;
- хроническое недосыпание и нарушения циркадных ритмов.

Также к факторам риска относят тяжелый стресс (особенно в детстве), гормональные изменения (беременность, менопауза), травмы головного мозга, воздействие токсических веществ и хирургические вмешательства под общей анестезией.

Согласно последним исследованиям, для развития РС должны совпасть такие факторы, как генетическая предрасположенность, хроническая вирусная инфекция, нарушения деятельности иммунной системы.

## Как распознать?

По количеству проявлений и их разнообразию рассеянный склероз, возможно, будет признанным лидером среди неврологических заболеваний. У двух больных с этим диагнозом симптомы могут быть совершенно разными, так как очаги могут возникать в головном и спинном мозге в совершенно разных участках, а само воспаление – иметь разную степень распространенности и выраженности.

Кроме того, может происходить процесс частичного восстановления миелина, и симптомы могут ослабевать или исчезать вовсе. Если они вдруг прекратились, это не повод считать, что болезнь ушла и не вернется. А при назначенной терапии уж точно не повод прекращать лечение. Рассеянный склероз не проходит самостоятельно и не излечивается, даже если прилагать существенные усилия, он может только перейти в состояние ремиссии.

## Новости

### Молодые врачи выбирают село

Михайловский район – яркий пример того, как можно успешно решить одну из самых острых проблем здравоохранения – кадровый дефицит в сельской местности. В Михайловской центральной районной больнице (ЦРБ) сформировался энергичный коллектив молодых специалистов: врачи и медсестры с энтузиазмом берутся за работу, а пациенты отмечают внимательное и чуткое отношение.

Кадровый голод особенно остро ощущается в отдаленных районах, где молодежь зачастую стремится уехать в крупные города. Однако в Михайловской ЦРБ задачу привлечения специалистов решают комплексно – с опорой на целевые программы и системную поддержку новичков.

Ключевую роль играют федеральные инициативы:

- программа «Земский доктор» предусматривает выплату 1,5 млн руб. для врачей;
- программа «Земский фельдшер» – 750 тыс. руб. для фельдшеров.

Эти средства становятся серьезным подспорьем для молодых специалистов: в Михайловском районе их хватает, чтобы сделать первый шаг к решению жилищного вопроса.

В 2025 году в Михайловскую ЦРБ пришли работать 7 молодых специалистов по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Выпускники вузов и колледжей распределились по ключевым отделениям больницы. Компенсационные выплаты в рамках программ помогают восполнить кадровый дефицит и повысить качество медпомощи на селе.

Елена Клишина

Часто в самом начале заболевания симптомы могут быть не слишком выраженными и не связанными друг с другом, приниматься за усталость, слабость, головокружения, временные онемения конечностей или участков тела. Однако обычная усталость возникает после труда и проходит после отдыха, а усталость и слабость у больных с РС не связаны ни с трудом, ни с отдыхом.

Однако есть и специфические, характерные для РС симптомы. К ним относятся проблемы со зрением, вызванные поражением зрительного нерва: снижение остроты зрения одного глаза, ощущение пелены, расплывчатости. К ним может добавляться головная боль. При РС также часто встречаются нистагм (спонтанные движения глазных яблок), двоение изображения.

К характерным относится синдром Лермитта (ощущение «прострела», распространяющееся вниз по позвоночнику, в руки и в ноги при сгибании шеи вперед).

Частые симптомы при РС – это неприятные ощущения в конечностях (слабость и неловкость, онемение, тяжесть в ногах), постоянная усталость, недержание мочи или внезапные и сильные позывы к мочеиспусканию.

Редкие симптомы при РС – нарушения слуха и речи, подергивания лицевых мышц, эпилептические припадки, дыхательные нарушения.

Человек с рассеянным склерозом может становиться раздражительным, ощущать постоянную усталость, испытывать перепады настроения, с трудом запоминать информацию, погружаться в депрессию или испытывать эйфорию.

# На высоких рубежах

С 11 по 17 мая Министерство здравоохранения нашей страны проводило Неделю борьбы с артериальной гипертензией и приверженности назначенной врачом терапии. Артериальная гипертензия – наиболее распространенное сердечно-сосудистое заболевание. По данным российских исследований, ею страдает около 40% населения страны. Она может лежать в основе развития хронической сердечной недостаточности, инфарктов миокарда, внезапной смерти и других заболеваний системы кровообращения. Один из вариантов течения недуга – развитие гипертонического криза. Как избежать осложнений при резком повышении артериального давления и как поддерживать показатели в допустимых пределах – в нашем материале.



## Не допускать скачков

Артериальная гипертензия – хроническое патологическое состояние, для которого характерно стойкое повышение артериального давления. Она является важным фактором риска развития таких сердечно-сосудистых заболеваний, как инфаркт миокарда, инсульт, ишемическая болезнь

сердца, хроническая сердечная недостаточность, а также может приводить к поражению почек и нарушениям зрения. Из-за того, что гипертония часто протекает бессимптомно и может оставаться незамеченной в течение многих лет, ее иногда называют «молчаливым убийцей».

### Факторы, повышающие риск развития артериальной гипертензии:

- возраст (мужчины старше 55 лет, женщины старше 65 лет);
- наследственная предрасположенность;
- избыточная масса тела и ожирение;
- избыточное потребление соли;
- низкая физическая активность (гиподинамия);
- курение и употребление алкоголя;
- хронический стресс;
- несбалансированное питание.

Артериальное давление зависит от работы сердца и от эластичности и тонуса кровеносных сосудов. Первая цифра (максимальная) показывает,

### На заметку

➤ Артериальное давление зависит от работы сердца и от эластичности и тонуса кровеносных сосудов.

➤ У детей дошкольного возраста показатели АД в среднем составляют 80/50 мм рт. ст., у подростков – 110/70 мм рт. ст., и в дальнейшем с возрастом оно незначительно увеличивается.

➤ Величина артериального давления у взрослых не должна превышать 140/90 мм рт. ст.

с какой силой кровь давит на стенки сосудов при максимальном сокращении сердца. Вторая (минимальная) – в момент покоя. У детей дошкольного возраста показатели АД в среднем составляют 80/50 мм рт. ст., у подростков – 110/70 мм рт. ст., и в дальнейшем с возрастом оно незначительно увеличивается. Величина АД у взрослых не должна превышать 140/90 мм рт. ст. Раннее выявление артериальной гипертензии и контроль над ней помогают предотвратить развитие серьезных осложнений, отмечают врачи.

Когда артериальное давление резко повышается (значительно выше обычного уровня), кардиологи говорят о гипертоническом кризе. Это состояние, которое ассоциируется с острым поражением органов-мишеней (головной мозг, сердце, почки) и требует неотложной помощи. Как правило, данное состояние возникает у людей с установленным диагнозом «гипертоническая болезнь». По словам кардиолога **Ксении Гэфнидер**, наиболее частыми причинами гипертонического криза являются неадекватная гипотензивная терапия у больных с гипертонической болезнью, пропуск приема препаратов, самостоятельная их отмена, стресс, сильное эмоциональное потрясение, злоупотребление алкоголем, похмельный синдром, чрезмерная физическая нагрузка, а также резкие перепады погодных условий.

При появлении тревожных симптомов (головокружение, резкая головная боль (часто в затылочной области), тахикардия, повышенное потоотделение, слабость, чувство нехватки воздуха, тошнота, рвота, озноб или чувство жара во всем теле, чувство тревоги и страха) в первую очередь необходимо постараться успокоиться. Для достоверной оценки величины артериального давления нужно выполнить не менее двух измерений на каждой руке. Подождите 5 минут после первого измерения кровяного давления и измерьте давление еще раз (в паузах между измерениями необходимо полностью ослабить манжету). Если показатели по-прежнему

### Это важно!

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

➤ Помимо этого, существуют немедикаментозные методики лечения. Они подразумевают регулярный самоконтроль давления (достаточно дважды в день – утром и вечером), а также модификацию образа жизни. Это означает, что необходимо снизить вес при наличии ожирения – он является дополнительным фактором риска. Включить в свой график регулярную умеренную физическую нагрузку: 5–7 раз в неделю не менее 30 минут в день. Снизить употребление поваренной соли (при отсутствии сердечной недостаточности). «Норма употребления поваренной соли для взрослого человека – 3 грамма в сутки. Это примерно половина чайной ложки

без горки. Но большинство людей употребляют значительно больше. Следует также помнить, что определенное количество соли уже содержится в готовых продуктах, поэтому откровенно соленых продуктов: колбасы, соленой рыбы и мяса, – говорит заведующий первичным неврологическим отделением для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения горбольницы № 5 Барнаула **Денис Карпов**. – Не нужно садиться с солонкой за обеденный стол. Чтобы отвыкнуть от соли, можно использовать различные специи, в том числе черный перец. Дело в том, что соль вызывает задержку жидкости в организме и повышает объем циркулирующей крови, из-за этого повышается артериальное давление и увеличивается нагрузка на сердце».

➤ Кроме того, важно отказаться от курения и употребления алкогольных напитков, а также избегать стрессовых ситуаций и психоэмоционального напряжения.

остаются высокими, вызовите скорую помощь. Далее необходимо придать человеку положение полуположа с приподнятым головным концом кровати, убрать яркий свет, обеспечить покой и доступ свежего воздуха (раслабить одежду, проветрить помещение). При наличии стрессового фактора использовать релаксационные методики – к примеру, дыхательные упражнения.

### Жизнь с давлением

Как уже было сказано, порой гипертония протекает спокойно, без сигналов со стороны организма. Чтобы не пропустить ее начало, медики рекомендуют после 40 лет хотя бы раз в год измерять артериальное давление на протяжении недели.

Пациенты с установленным диагнозом «гипертоническая болезнь» обязательно должны посещать своего лечащего врача (терапевта или же кардиолога) 1 раз в 3–6 месяцев (более точные сроки устанавливаются непосредственно на приеме) – для оценки адекватности гипотензивной терапии. Ну а дальше многое зависит от самого пациента. Важно запомнить: если выставлен диагноз «гипертоническая болезнь», то это ни в коем случае не ситуационный прием таблеток. Это пожизненная адекватная гипотензивная терапия: с момента установления диагноза каждый день необходимо принимать назначенные препараты.

Подготовила Ирина Савина

# Дефицит сна во время беременности: скрытая угроза для мамы и малыша

В течение всех девяти месяцев беременности организм женщины функционирует с усиленной нагрузкой: сердце перекачивает увеличенный объем крови, гормональная система перестраивается, а растущий плод требует значительных ресурсов. Важная возможность для восстановления – ночной сон. Парадоксально, но именно в этот период качественный отдых становится труднодостижимым. Согласно современным данным, от 66 до 94% беременных женщин сталкиваются с различными нарушениями сна. Научные исследования последних лет убедительно доказывают, что хронический недосып в период беременности может представлять серьезную угрозу как для матери, так и для ребенка.



## Физиологические причины бессонницы у беременных

Многие склонны считать бессонницу беременных лишь стереотипом или подготовкой к будущим ночным кормлениям. На самом деле ее корни лежат в глубоких физиологических изменениях. В первом триместре повышенная сонливость обусловлена действием прогестерона, который обладает расслабляющим эффектом. В этот период женщины действительно спят больше обычного (в среднем около 8 часов). Однако к третьему триместру ситуация кардинально меняется. Повышается уровень эстрогенов

и кортизола, что активирует нервную систему и способствует пробуждению. К этому добавляются механические факторы: увеличившаяся матка оказывает давление на мочевой пузырь, вызывая частые позывы к мочеиспусканию, а также затрудняет дыхание. Примерно у 20% беременных развивается синдром беспокойных ног, характеризующийся неприятными ощущениями и непреодолимым желанием двигать конечностями, что делает засыпание довольно сложным. В результате к моменту родов продолжительность сна значительно сокращается, а доля женщин, спящих менее 6 часов в сутки, возрастает почти в 4 раза.

## Риски, связанные с нарушением сна

Недосып – это не просто усталость, а значимый фактор риска, влияющий на течение беременности. Особую тревогу вызывают нарушения дыхания во сне, такие как храп и апноэ (остановки дыхания). У женщин с такими нарушениями риск развития преэклампсии (опасного осложнения беременности, связанного с повышением артериального давления) возрастает почти в 7 раз.

Важно не только факт недосыпа, но и режим. Китайские ученые установили, что у тех, кто с каждым месяцем беременности ложился спать все позже («совы»), риск преждевременных родов был выше в 4,5 раза. Стабильные частые пробуждения увеличивали в последующем вероятность кесарева сечения в три раза.

Также исследователи описывают случаи, когда, напротив, сон более 9 часов являлся фактором риска поздних родов, так же, как и тромботических осложнений, возникающих во время беременности. Из чего следует вывод, что негативно влияют такие факторы, как и недосып, и длительный сон.

Известно, что у плаценты есть внутренние «биологические часы». Ее работа напрямую связана с материнскими циркадными ритмами, и их сбой может нарушить передачу питательных веществ к плоду. Впоследствии нарушения сна могут запрограммировать организм ребенка на повышенную восприимчивость к метаболическим заболеваниям во взрослом возрасте. Например, сбой ритмов в эксперименте предрасполагал потомство к ожирению.

Последствия плохого сна матери отражаются и на новорожденном. Дети таких матерей чаще рождаются с меньшей массой тела, имеют более низкие баллы по шкале Апгар и чаще нуждаются в реанимационных мероприятиях. Известен также факт, что постоянный недосып у матери в середине беременности повышает риск задержки развития нервной системы у ребенка. Интересно, что мальчики страдают в 2 раза чаще девочек.

## На заметку

### Рекомендации по улучшению качества сна

Основываясь на последних научных данных, врачи сформулировали следующие рекомендации.

**1. Сделайте сон приоритетом.** Относитесь к нему так же серьезно, как к питанию или физической активности. Ваша норма – 7–9 часов в сутки.

**2. Соблюдайте режим.** Старайтесь ложиться спать раньше полуночи и делать это в одно и то же время, для настройки циркадных ритмов.

**3. Ограничьте использование гаджетов.** Синий свет экранов подавляет выработку мелатонина. Откажитесь от телефонов и планшетов за 1-2 часа до сна. За 1-2 часа до сна создайте успокаивающий ритуал: примите теплый душ, почитайте книгу, послушайте музыку или подкаст.

**4. Чтобы минимизировать ночные пробуждения, ограничьте при-**

**ем жидкости за 2-3 часа до сна.** Ужин должен быть легким и заканчиваться за 2-3 часа до сна. Откажитесь от пищи, провоцирующей изжогу. Исключите вечером напитки, содержащие кофеин.

**5. Прислушивайтесь к сигналам организма.** При появлении синдрома беспокойных ног или симптомов апноэ (громкий храп, остановки дыхания) обязательно обратитесь к врачу.

**6. Будьте физически активны.** Умеренная дневная нагрузка (например, ходьба) улучшает качество сна и снижает уровень тревожности.

**7. Контроль дневного сна:** если вы чувствуете усталость днем, короткий сон (не более 30 минут) может помочь, но старайтесь заканчивать его до 15:00, чтобы он не «крал» ночной отдых.

Плохой сон при беременности – это не просто дискомфорт, а тревожный сигнал, требующий внимания. Забота о качестве сна является важнейшим вкладом в здоровье будущего ребенка.

Татьяна Ивановна Горбачева,  
кандидат медицинских наук,  
доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО № 1 ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории;

Эльза Илгар кызы Гасанова,  
ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО № 1 ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России

# Остановить агрессию



## Мишень как защита

– Юлия Евгеньевна, что представляет собой буллинг во взрослой и детской среде?

– Буллинг – не просто конфликт, а деструктивный механизм систематического психологического или физического насилия, который осуществляется одним человеком или группой в отношении лица, которое не может себя защитить.

В детской среде это агрессивное преследование одного из членов коллектива. Для него характерны такие черты, как намеренность, регулярность и неравенство сил (власти). Он включает физический, вербальный буллинг и кибербуллинг. Последний считается более опасным из-за публичности контента мгновенно разлетается по сети) и анонимности агрессора. Для ребенка дом перестает быть «крепостью», так как травля продолжается 24/7 через экран смартфона. Часто онлайн-буллинг включает создание фейковых аккаунтов, исключение из общих чатов и распространение личных данных (доксинг).

Во взрослой среде чаще используется термин «моббинг» (буллинг в трудовых коллективах). Это форма психологического террора, включающая слухи, изоляцию, необоснованную критику и социальное исключение с целью вынудить человека уволиться или подчинить его воле группы.

Ну и в современную цифровую эпоху неотъемлемой частью этого явления стал кибербуллинг – травля с использованием цифровых технологий (соцсети, мессенджеры, игровые платформы). Взрослые сталкиваются с ним

### Цитата

– Ни взрослым, ни детям нельзя молчать и терпеть. Буллинг не проходит сам, он только усиливается.



Какова природа этого явления и можно ли научиться отражать нападения – расскажет психолог, эксперт по ненасильственным отношениям, директор Краевого кризисного центра для женщин и семей с детьми Юлия Кузнецова.

В России за буллинг и кибербуллинг предложили ввести штрафы до 500 тысяч рублей. Граждан за травлю будут штрафовать на сумму до 50 тысяч рублей (за детей и подростков заплатят родители), для должностных и юридических лиц штраф предполагается еще больше. При этом большинство россиян признают, что сами были жертвами буллинга или же их дети страдали от травли. По данным «Российской газеты», 82% от общего числа пострадавших столкнулись с агрессией в школе и почти 10%

подверглись онлайн-буллингу. По данным исследования, проведенного в 2025 году, 82% от общего числа пострадавших столкнулись с агрессией в школе и почти 10% подверглись онлайн-буллингу. Какова природа этого явления и можно ли научиться отражать нападения – расскажет психолог, эксперт по ненасильственным отношениям, директор Краевого кризисного центра для женщин и семей с детьми Юлия Кузнецова.

## Семья имеет значение

– Насколько остро сегодня стоит эта проблема в нашем регионе?

– Она актуальна как в детской, так и во взрослой среде. По данным опросов, с психологическим давлением и травлей хотя бы раз в жизни сталкивается почти каждый второй россиянин. Но статистика фиксирует лишь вершину айсберга – многие случаи остаются скрытыми.

Краевой кризисный центр для женщин и семей с детьми совместно с Алтайским государственным университетом провел социологический опрос среди населения Алтайского края (с 14.09.2025 по 04.02.2026). Специалисты исследовали мнения жителей региона о семейном воспитании. Его проводили в рамках грантового проекта «Ты – это важно», ориентированного на оказание комплексной поддержки детям, пережившим жестокое обращение, в том числе ставшим свидетелями насилия. Было опрошено около 2000 респондентов. Большинство родителей (79,3%) считают, что в прошлом учебном году их дети не сталкивались с унижениями и издевательствами в школе. Однако каждый седьмой родитель (13,0%) подтвердил, что такие случаи имели место. Еще около 8% опрошенных затруднились ответить, что говорит о недостаточной осведомленности части родителей о жизни своих детей. Как правило, факты наличия травли замечают чаще матери. Отцы чаще всего не в курсе или же недооценивают проблему.

По данным исследования, родители, выросшие в неполной семье, с отчимом или мачехой, отмечают травлю своих детей в 30,8% случаев – в три раза выше среднего. В приемных семьях этот показатель достигает 37,5%. Родители со средним уровнем дохода чаще сообщают о буллинге

не реже детей и подростков, но часто в других формах. Это может быть профессиональный кибербуллинг (публичная дискредитация специалиста в профессиональных сообществах) или троллинг и хейт в личных аккаунтах. Для взрослых кибербуллинг часто несет угрозу репутации, карьере и финансовому благополучию. Основная проблема здесь – отсутствие четких границ между личной жизнью и цифровым следом, что делает атаку на личность максимально болезненной.

– Куда корнями уходит это явление?

– Вместо поиска виноватых психологический подход предлагает смотреть на буллинг как на деструктивный способ регуляции напряжения в группе. Агрессор часто «выносит» свои непереносимые качества (слабость, страх, уязвимость) на другого человека. Травя другого, он символически пытается уничтожить эти качества в самом себе. Если говорить о сообществе, то для незрелого коллектива агрессия – самый простой «клей». Группа объединяется не вокруг общей цели, а против общего врага, что дает ложное чувство безопасности и превосходства.

Взрослая травля часто рационализирована («Ничего личного, просто бизнес» или «Мы так оптимизируем процессы»). Буллинг во взрослой среде часто сигнализирует о дисфункциональном лидерстве. Некомпетентный руководитель может использовать моббинг как инструмент контроля, создавая атмосферу конкуренции «всех против всех». Нередко за этим стоит страх собственной некомпетентности. Агрессоры часто выбирают «мишенью» наиболее талантливых и ярких сотрудников. В этом случае буллинг – защитный механизм системы против изменений, которые несет «белая ворона».

Взрослые агрессоры (особенно на высоких позициях) могут травить подчиненного просто потому, что им скучно в устоявшейся рутине, и наблюдение за страданиями другого – единственный доступный им допинг.

## Словарик психолога

**Буллинг** – форма агрессивного поведения, которая заключается в систематическом унижении человека.

**Моббинг** – систематическое, преднамеренное и жестокое преследование одного или нескольких сотрудников со стороны других членов коллектива. Цель такой травли – унижение, ослабление позиции или увольнение жертвы.

**Газлайтинг** – форма психологического насилия, при которой манипулятор систематически заставляет жертву сомневаться в адекватности своего восприятия реальности, памяти, чувств и мыслей. Цель агрессора – сломить человека, сделать его безвольным и беспомощным, установить контроль над его решениями и жизнью.

**Доксинг** – сбор и распространение личной информации о человеке без его согласия. Цель такого действия – напугать, унижить, навредить репутации, запугать, шантажировать или получить какую-то выгоду.

**Троллинг** – термин, который означает намеренное провокационное поведение в Интернете, направленное на создание конфликтов, раздражение или дезориентацию пользователей. Проявляется в виде провокационных, часто агрессивных или ироничных комментариев или публикаций. Цель – вызвать споры, конфликты или просто раздражение.

**Хейт** (от английского hate – «ненависть») – негативное отношение к кому-либо или чему-либо, выражающееся в ненависти, презрении, враждебности или неприязни.

Продолжение на стр. 22-23 >>>

«Продолжение. Начало на стр. 20-21»

### Рекомендации эксперта

#### Для детей и подростков:

##### 1. Нужно прекратить быть «удобной мишенью»:

➤ не показывать сильные эмоции в ответ на подколы (не плакать, не злиться). Агрессор кормится этой реакцией;

➤ использовать техники «безразличного ответа»: «Я знаю, что ты любишь так говорить», «Мне все равно», «Если тебе так весело – продолжай»;

➤ не оставаться в опасных местах в одиночестве (коридоры на переменах, туалеты, пустынные зоны у школы).

##### 2. Немедленно рассказать взрослому, которому доверяете.

Это может быть родитель, учитель, школьный психолог, тренер. Не один раз, а столько, сколько потребуется, пока вас не услышат.

##### 3. Не соглашаться на «разборки один на один» после уроков.

Это ловушка, где силы точно не равны.

##### 4. Сохранять доказательства при кибербуллинге (скрины переписок, записи звонков). Ничего не удалять, это – улики.

(14,2%), чем с низким (8%) или высоким (11,5%). Это может говорить о разной чувствительности к проблеме или о реальном качестве образовательной среды.

#### – Юлия Евгеньевна, в чем причины возникновения травли с социальной и психологической точки зрения?

– Здесь важно понимать: корни одни и те же, но у взрослых они приобретают специфические «инструментальные» формы. Если дети травят ради статуса или «веселья», то взрослые часто травят ради ресурсов (деньги, власть, карьера).

С точки зрения социума мы можем говорить о культуре безнаказанности: агрессия процветает там, где отсутствует быстрая и неотвратимая ответственность. Если коллектив (школа или

офис) игнорирует первые проявления травли, она становится нормой. Кроме того, буллинг любит «слепые зоны» – места, куда не смотрит руководство/учителя (курилки, корпоративные чаты, туалеты, закрытые беседы в мессенджерах). И не стоит забывать о таком факторе, как давление иерархии: в жестких вертикальных структурах травля является негласным инструментом «воспитания» новичков или проверки на лояльность. Все эти моменты характерны как для детской, так и для взрослой среды.

Но у взрослых есть и свои нюансы. Первый – экономическая уязвимость. Взрослый человек не может «уйти из класса», как ребенок. Он зависим от зарплаты, ипотеки, стажа. Агрессор использует это как рычаг («Будешь жаловаться – вылетит с рынка»).

Второй – конкуренция за ресурсы. Взрослая травля часто маскируется под «справедливую критику», «конструктивную обратную связь» или борьбу за эффективность. На самом деле это способ уничтожить конкурента на пути к повышению, премии или проекту.

И третий – профессиональный газлайтинг. Это зрелая форма буллинга, когда сотруднику систематически внушают, что он профессионально некомпетентен, «не тянет», хотя объективных доказательств нет.

Если говорить о проблеме с точки зрения психологии, то здесь большую роль играет базовая психологическая потребность во власти и доминировании. У травмированных или незрелых личностей она превращается в самоцель. Им не интересно быть просто лидерами, им нужно, чтобы кто-то страдал.

Еще одной психологической причиной выступает низкая эмпатия – неспособность распознавать свои и чужие эмоции. Агрессор искренне не понимает, что пострадавшему больно (или ему все равно). Во взрослом возрасте это часто сочетается с нарциссическими или антисоциальными чертами личности.

Следующий фактор – компенсация собственной уязвимости. Срабатывает классический механизм: «Меня били –

я бью». Агрессор сам когда-то был пострадавшим (в детстве, в прошлом коллективе) и теперь вымещает накопленную беспомощность на более слабом.

И наконец, еще одной причиной для проявления агрессии могут стать скука и поиск острых ощущений (чаще у взрослых). Взрослые агрессоры (особенно на высоких позициях) могут травить подчиненного просто потому, что им скучно в устоявшейся рутине, и наблюдение за страданиями другого – единственный доступный им допинг.

### Нельзя молчать и терпеть

#### – Можно ли предотвратить буллинг в обществе?

– Буллинг нельзя победить разовыми акциями. Нужно менять нормы поведения – что в коллективе считается допустимым, а что нет. У детей и взрослых эти механизмы разные.

В детской среде важно развивать эмпатию. Например, через игровые программы, где дети учатся замечать чужую боль и не проходить мимо.

Важно работать не с наказанием, а с группой. Метод «Без обвинений»: вместо поиска виноватого создается группа поддержки пострадавшего из сверстников. Буллинг «умирает» без аудитории.

Кроме того, важно учить учителей видеть скрытую травлю (изоляция, бойкот, шепотки), а не только драки. А также работать с наблюдателями – это 70% класса. Их учат трем действиям: остановить агрессора, увести пострадавшего, вместе сообщить взрослому.

Во взрослых сообществах необходима письменная антибуллинговая политика. В документе должно быть четко обозначено, что такое буллинг (с примерами), куда жаловаться, как расследуют, какое наказание. Безнаказанность – главный триггер.

Важно создать нулевую терпимость к «корпоративным розыгрышам». Запрет на публичные унижения («разборы полетов» с высмеиванием), на создание изгоев (не зовут на обед, не включают в чат).

Правила и KPI должны быть прозрачными – когда критерии успеха непонятны, начинаются зависть и травля.

#### Для всех возрастных групп важно:

- **вмешательство на ранней стадии.** Буллинг – как пожар: на первой минуте его тушат стаканом воды, через час нужно вызывать бригаду. Любой намек на систематическую агрессию (первый подкол, первое исключение из совместного обеда, первая «случайная» ошибка в отчете) должен быть остановлен немедленно;

- **смещение ответственности.** Никогда не спрашивать: «А что ты сделал, чтобы тебя не травили?» Вопрос должен звучать так: «Что не так в этом коллективе, что здесь позволено травить?»;

- **легитимизация обращения за помощью.** И детям, и взрослым нужно внушать: пожаловаться на травлю не стыдно, это не ябедничество и не слабость. Это акт заботы о себе и о здоровье всего коллектива.

#### – Юлия Евгеньевна, что делать тем, кто пострадал от буллинга?

– Ни взрослым, ни детям нельзя молчать и терпеть. Буллинг не проходит сам, он только усиливается. Чем дольше пострадавший молчит, тем более укорененной становится позиция «слабого» в глазах агрессора.

А вот отвечать агрессией на агрессию не стоит. Это провокация, которая даст агрессору повод сказать: «Видите, он сам первый начал». Пострадавшему нужно сохранять внешнее спокойствие, даже если внутри страшно.

Ни в коем случае нельзя верить, что вы виноваты. Пострадавший никогда не виноват в том, что его травят. Вина всегда на агрессоре и на среде, которая это допустила.

#### Алгоритм для родителей, если травят ребенка

Родители – главная линия защиты. Но они часто совершают ошибки.

### Рекомендации эксперта

#### Для взрослых (на работе, в коллективе):

1. **Документировать все.** В отличие от ребенка, взрослый должен действовать как юрист. Фиксировать даты, время, свидетелей, формулировки оскорблений, скрины переписок в рабочих чатах.

2. **Не пытаться «перетерпеть» и не увольняться молча.** Буллинг во взрослой среде имеет четкую структуру: агрессор чаще всего защищен должностью или связями. Самоувольнение – победа агрессора.

3. **Использовать формальные каналы.** Писать заявление на имя руководителя (если он не агрессор), обращаться в HR с пакетом документов, требовать служебного расследования. Если внутри компании нет защиты – обращаться в трудовую инспекцию или суд.

4. **Не вступать в личную переписку с агрессором без свидетелей.** Любой разговор – либо при третьем лице, либо в переписке, которую можно сохранить.

#### Главные ошибки родителей:

- **«Не обращай внимания, сами разберутся».** Это обесценивание боли ребенка и прямая дорога к психологической травме. Буллинг не делает сильнее, он ломает;

- **«Ты сам спровоцировал».** Перекалывание вины – одна из самых болезненных реакций для ребенка;

- **«Я сам пойду и разберусь с этими хулиганами/их родителями».** Эмоциональная угроза часто приводит к эскалации конфликта: агрессор после звонка родителя начинает мстить ребенку еще сильнее.

#### Правильный алгоритм для родителей:

- **поверить и выслушать без осуждения.** Первая фраза: «Я вижу, как тебе больно. Я рядом, мы справимся вместе. Ты не виноват»;

- **собрать факты (хронология, имена, свидетели).** Если есть скрины, записи, медицинские справки (при физическом насилии) – собрать все в папку;

- **действовать по нарастающей:** ➤ разговор с классным руководителем (письменно, с фиксацией факта обращения);

- если не помогло – заявление директору школы;

➤ если школа бездействует – жалоба в департамент образования, прокуратуру.

**Рассмотреть смену школы.** Это не бегство, это защита психики ребенка. В запущенных случаях оставаться в травмирующей среде опаснее, чем сменить коллектив.

#### Алгоритм, если вы свидетель (коллега, одноклассник, прохожий)

Наблюдатели – самый мощный ресурс в остановке буллинга. До 70% детей и взрослых не участвуют в травле, но и не вмешиваются, боясь стать следующим пострадавшим. В такой ситуации важно:

- **прервать ее.** Простейшая фраза «Стоп, хватит. Это уже не смешно» часто останавливает агрессора, лишая его аудитории;

- **увести жертву.** Подойти и сказать: «Пойдем отсюда, мне нужно с тобой поговорить». Это разрывает ситуацию;

- **сказать авторитетному взрослому (для детей)/HR или руководителю (для взрослых).** Лучше сделать это вместе с другими свидетелями – коллективное свидетельство имеет больший вес.

Ирина Савина

# «Портретная» болезнь



15 мая – Всемирный день осведомленности о мукополисахаридозах (далее – МПС). Это целая группа редких наследственных заболеваний, которые делятся на семь типов, с подтипами – на девять, а также есть неклассифицируемые (то есть не относящиеся к этим типам) случаи заболевания. О сути болезни, диагностике и лечении рассказала Татьяна Маряшина, главный внештатный специалист-генетик Минздрава Алтайского края.

## Принцип накопления

Болезнь, как правило, проявляется себя в раннем детском возрасте. Она «работает» так – накапливает определенные вещества, гликозаминогликаны, которые здоровый организм успешно расщепляет и выводит. Однако организм больного МПС не вырабатывает ферменты, которые за это отвечают. Поэтому пациенты должны в течение всей жизни принимать ферментозаместительную терапию.

Вообще, гликозаминогликаны – это молекулы сахара, которые нужны для нормального строения костей, хрящей, сухожилий, кожи. Только у больных мукополисахаридозами их больше, чем требуется.

– МПС относится к лизосомным болезням накопления. Гликозаминогликаны – это олигосахариды, которые накапливаются в лизосомах. Лизосомы – это, как известно, клетки, являющиеся источником энергии в организме. Из-за того, что эти веще-

ства накапливаются, происходит сбой в работе различных органов и систем – поражение костной ткани, органов дыхания и других. Также у таких детей происходит задержка как моторного развития, так и физического, и умственного, и нервно-психического, – поясняет Татьяна Михайловна.

## Проблемы налицо

Из всех типов МПС раньше были известны только те, которые врачи могли определить по внешнему виду пациента. Поэтому заболевание нередко называли «портретным».

– Накапливаясь, эти вещества также формируют своеобразный внешний вид больного, их даже когда-то сравнивали с горгульями. У больных огрубевает черты лица, так как ткани становятся отечными. Могла формироваться так называемая «когтистая лапа» – контрактуры кистей рук, а это неразгибаемые пальцы. Больных врачи узнавали по нависшим лобным буграм, пухлым губам, специфической форме носа, – говорит доктор. – К счастью, не все случаи имеют такие фенотипические, внешние проявления. При мягких формах заболевания по внешним признакам пациента может определить только врач-генетик или невролог. Кроме того, у таких больных всегда имеются нарушения опорно-двигательного аппарата, увеличение печени и селезенки, изменения пищеварительной и сердечно-сосудистой систем. Такие дети часто болеют ОРЗ и ОРВИ, отитами, ларингитами. Из-за изменений в органах и тканях в организм легко проникает инфекция: защитные механизмы просто отключаются.

## Нежелательное наследство

– Тип наследования мукополисахаридоза может быть как аутосомно-рецессивным (оба родителя яв-

ляются носителями заболевания, но сами не болеют), так и X-сцепленным, это второй тип мукополисахаридоза, когда ребенок рождается у женщины, имеющей соответствующую поломку в X-хромосоме. При аутосомно-рецессивном типе наследования вероятность рождения ребенка с МПС составляет 25 процентов. При X-сцепленном – 50 процентов, если рождается мальчик.

Сейчас в Алтайском крае состоят на учете девять пациентов с мукополисахаридозами, это в основном дети. Из них один пациент – с первым типом МПС, одна девочка – с четвертым а-типом. Остальные – со вторым типом. Одному пациенту уже исполнился 21 год, остальные – несовершеннолетние.

Главный внештатный специалист-генетик выразила надежду, что в ближайшие пару лет МПС, возможно, включат в программу расширенного неонатального скрининга. По словам Татьяны Маряшиной, сейчас активно ведется разработка способа, который поможет обнаруживать болезнь на доклинической стадии, когда олигосахариды еще не успели накопиться в организме новорожденного ребенка. Сейчас же заболевание обнаруживается, если уже известно о случаях МПС у близких родственников – врачи на это особо обращают внимание, если женщина уже беременна или обратилась в процессе планирования семьи. Либо болезнь выявляют по клиническим проявлениям, то есть накопившиеся вещества уже вызвали необратимые для здоровья последствия.

– В будущем планируется расширение возможностей планирования беременности для будущих родителей путем обследования на носительство вариантов, которые могут передаваться потомству как заболевание. На сегодняшний день это тоже доступно,

## Справка «МиЗ»

Типы мукополисахаридоза классифицируются по типу фермента – определенные ферменты утилизуют каждый свой гликозаминогликан. Вот краткие характеристики основных типов.

- 1 тип (включает синдромы Хюрлер, Шая) – наиболее тяжелая форма с полным отсутствием активности фермента. Клинические проявления: карликовость, гипертрихоз, аномальная форма черепа, макроцефалия, умственная отсталость, грубые черты лица, помутнение роговицы, потеря слуха, увеличенный язык, короткая шея, дыхательная недостаточность, болезни клапанов сердца и коронарных артерий, запоры, чередующиеся с диареями, гепатомегалия, спленомегалия, паховая и пупочная грыжи, кифоз, тораколюмбальный горб, сгибательные контрактуры бедер, искривление коленных суставов, брахидактилия, когтеобразная кисть, расширение диафизов.
- 2 тип (синдром Хантера) – заболевание с умеренным течением. От первого типа отличают отсутствие помутнений роговицы, атипичный пигментный ретинит, отек диска зрительного нерва, увеличенное «турецкое седло», клювовидные тела поясничных позвонков.
- 3 тип (синдром Санфилиппо) имеет более мягкую симптоматику, чем первые два типа.
- 4 тип (синдром Моркио) имеет клинические проявления на органах зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллект сохранен.
- 5 тип – синдром Шая, в настоящее время отнесен к 1 типу.
- 6 тип – синдром Марото – Лами, клинически напоминает 1 тип, но без умственной отсталости.
- 7 тип – синдром Слая, клинические проявления: грубые черты лица, различной степени помутнение роговицы, снижение слуха, гепатомегалия, спленомегалия, деформация грудной клетки, X-образная деформация ног, интеллект сохранен.
- 8 тип – синдром Ди Ферранте, клинические проявления: низкорослость, умственная отсталость, гирсутизм, грубые волосы, гепатомегалия, умеренный множественный дизостоз, гипоплазия зубовидного отростка.
- 9 тип проявляет себя низкорослостью, множественными отложениями в околоуставных тканях гиалуроновой кислоты.

но пока на коммерческой основе. Уже сейчас мы при отягощенном анамнезе (то есть уже при наличии в семье ребенка с установленной молекулярно-генетической путем патологией) при необходимости можем выявить заболевание внутриутробно. Если оно обнаружено, мама может принять решение о прерывании либо о сохранении беременности. Теоретически, потому что таких случаев в мире еще не было, если факт наличия заболевания был установлен внутриутробно, лечение ребенка возможно начать с самого его рождения, так как уже доказано: чем раньше лечение начато, тем меньше клинические проявления и вероятность тяжелой инвалидизации.

## Сдерживание, но не излечение

– Все наши нынешние пациенты были выявлены в тот период, когда уже активно развивалась клиническая картина МПС – примерно в трехлетнем возрасте. У пациентов уже наблюдалась глубокая инвалидизация. Однако наука не стоит на месте, и придуман ферментозамещающий препарат, который помогает расщеплять эти олигосахариды. Этот препарат больные получают раз в неделю методом инфузии (внутривенозного вливания), с его помощью удается сдерживать

Продолжение на стр. 26 ➤

«Продолжение. Начало на стр. 24-25»

прогрессирование болезни. К сожалению, нельзя убрать те проявления, которые уже возникли в результате накопления полисахаридов. Эти дети, как правило, интеллектуально не сохранны, состоят на учете у психиатров. Однако два наших пациента учатся в общеобразовательной школе, они как раз интеллектуально сохранны, но имеют тяжелые проявления со стороны опорно-двигательного аппарата, органов слуха, зрения.

В России самому взрослому пациенту было 36 лет. Самый возрастной пациент с этим заболеванием в мире прожил в США 53 года, но у него было довольно легкое течение болезни. Эти данные могут дать представление о продолжительности жизни пациентов с МПС.

Особенности ведения пациентов заключаются, во-первых, в том, чтобы правильно рассчитать дозировку препарата и постоянно ее корректировать во избежание как недостатка фермента, так и его переизбытка. Во-вторых, такие пациенты имеют свои маршрутные карты и раз в полгода должны проходить обследование у специалистов – врачей-кардиологов, отоларингологов, неврологов, психиатров. К ним нужен мультидисциплинарный подход.

Прогрессирование заболевания можно замедлить с помощью препарата, но, к сожалению, оно все равно будет происходить, однако не в той мере, в какой наблюдалось в былые времена. Если раньше дети уходили резко, то теперь они все равно в какой-то степени растут и развиваются. Также они получают симптоматическую терапию, которая облегчает их состояние при наличии сопутствующих заболеваний.

Елена Клишина

## На своих ногах



Принято считать, что летом количество травм возрастает из-за увеличения физической активности, выездов за город, активного отдыха и работы на дачных участках. Все это на самом деле повышает риск получения ушибов, переломов, ран и других повреждений. Но сезон скорее влияет не на количество пациентов, а на причины травм.



Так, за год через травматологическое отделение № 1 ККБСМП проходит около двух тысяч пациентов. С чем чаще всего обращаются и как грамотно оказать первую помощь – расскажет заведующий отделением Рабиль Гамидов.

## От переломов до ушибов

«Для зимнего периода характерно большее количество переломов проксимального отдела бедра, а также лодыжек и надколенников. Как правило, страдают люди пожилого возраста, которые падают на гололедицу. Кроме того, много пожилых травмируется в домашних условиях. Это переломы проксимального отдела бедренной кости, включающие перелом шейки бедра, чрезвертельный перелом и другие повреждения, – поясняет Рабиль Таджирович. – Во время дачного сезона такие же переломы возникают вследствие падений. Их меньше по количеству, чем в зимнее время. Сейчас начинают преобладать раны, ушибы (как последствия падения тяжелых предметов на конечности или же неловкий удар молотком). Нередко травмируются пилами, в том числе циркулярными».

Если взрослое население чаще всего получает повреждения в ходе садово-огородных работ, то молодежь – на активном отдыхе. Мотоциклы, велосипеды, самокаты и роликовые коньки – потенциальный источник травм летом. В первое травматологическое отделение поступают и любители экстремальных видов спорта (прыжки с парашютом), и пострадавшие в ДТП (без сочетанной травмы) с повреждениями нижних конечностей.

Но все же основная группа пациентов – пожилые люди. Из примерно двух тысяч, поступающих ежегодно в отделение, 700 человек – в возрасте от 60 до 90 лет. В 80% случаев обращения требуется оперативное вмешательство. «В основном мы работаем с переломами нижних конечностей – проксимального отдела бедра, таза, надколенников, голени, а также с несложными переломами грудных и поясничных отделов позвоночника, – говорит Рабиль Гамидов. – С 2022 года травматологическое отделение № 1 работает в статусе Центра компетенции по переломам проксимального отдела бедренной кости. Мы оказываем первую помощь жителям Барнаула и Алтайского края. В Бийске, Славгороде, Заринске, Алейске и Рубцовске

### Рекомендации эксперта

- Если все же травма произошла, то необходимо обратиться к специалистам, чтобы получить грамотную помощь и не допустить осложнения ситуации.
- Если нет кровотечения, то человека нужно уложить на ровную поверхность и обеспечить покой до приезда скорой помощи или же самостоятельно транспортировать его до травматологического отделения.
- Не нужно тянуть и дергать за конечности, пытаться вправить кость.
- Можно приложить сухой лед к месту травмы на 10–15 минут.
- Если пострадала рука, можно наложить простую косыночную повязку.
- Нельзя растирать место ушиба и использовать согревающие мази в первые часы.
- Если боль и отек не уменьшаются в течение 24 часов или же

наблюдаются обширные гематомы или ограничение подвижности, нужно обязательно обратиться к врачу.

➤ При подозрении на перелом нужно обездвижить конечность с помощью шины или подручных средств, обеспечить покой, приложить сухой лед, дать обезболивающее.

➤ Нельзя снимать обувь с травмированной ноги (при отеке это может ухудшить ситуацию).

➤ При открытой ране – наложить стерильный бинт или же приложить чистую ткань и забинтовать. Ни в коем случае нельзя использовать вату, зеленку, БФ-клей, йод – все эти средства могут ухудшить лечение и даже способствовать инфицированию раны.

➤ Нельзя перемещать пострадавшего при подозрении на травму позвоночника или таза.

есть специализированные травматологические отделения. Но если эти межрайонные центры не могут оперировать по каким-либо причинам, то мы забираем пациентов на себя. Для отдаленных субъектов мы проводим телемедицинские консультации, а при необходимости госпитализируем пациента в наш стационар и проводим оперативное вмешательство в первые 48 часов».

### Экстренные замены

Экстренное эндопротезирование тазобедренных суставов – одно из важных направлений работы специалистов травматологического отделения № 1 ККБСМП. За год здесь устанавливают до 500 протезов. Самый взрослый пациент, который ушел на своих ногах после операции, – 102-летний мужчина. «Каждый год у нас 25–30 пациентов старше 90 лет. Мы должны прооперировать поступивших с переломом шейки бедра в

течение 48 часов с момента травмы. Быстрота действий важна, чтобы человек не потерял активность, а также во избежание почечной и дыхательной недостаточности и других сопутствующих патологий, – подчеркивает заведующий травматологическим отделением № 1. – Мы стараемся максимально быстро активизировать пациентов после операции – делаем дуплекс сосудов, чтобы исключить тромбозы нижних конечностей, и поднимаем их на следующий день».

Травматологи работают совместно с реабилитологами, помогают встать на ноги и показывают, какой должна быть активность. Как правило, в больнице такие пациенты проводят не более 5–7 дней.

С 2011 года отделение является Краевым центром артрологии и эндопротезирования суставов. В то время это было единственное медучрежде-

Продолжение на стр. 28 ➤➤

«Продолжение. Начало на стр. 26-27»

## Цитата

– Сегодня операция по эндопротезированию занимает всего лишь 30–40 минут. А современные протезы служат от 10 до 25 лет – в зависимости от активности пациентов.

ние, где проводили замену тазобедренных и коленных суставов. Год спустя появился Федеральный центр ортопедии и эндопротезирования, но до сих пор экстренные операции по замене тазобедренных суставов проводят только в больницах скорой медицинской помощи. «С тех пор изменились инструменты, сами протезы стали качественнее, доктора набрались опыта за это время. Сегодня операция по эндопротезированию занимает всего лишь 30–40 минут. А современные протезы служат от 10 до 25 лет – в зависимости от активности пациентов», – отмечает Рабия Гамидов.

Врачи отделения постоянно обучаются и разрабатывают собственные методики. Так, доктор медицинских наук **Евгений Владимирович Кожевников** уже больше 15 лет восстанавливает передние крестообразные связки с использованием сухожилия длинной малоберцовой мышцы, что обеспечивает хорошее приживление тканей. Он – единственный, кто выполняет подобные операции во всем Сибирском федеральном округе.

Но насколько бы ни были хороши врачи, лучший вариант – не попадать к ним на операционный стол. Для этого достаточно проявлять осторожность в быту, бдительность и соблюдать технику безопасности при использовании садового инвентаря, а также любых транспортных средств.

Ирина Савина.

Фото предоставлено пресс-центром ККБСМП

## Атака аллергенов



Сезон цветения наступил, а значит, пришла горячая пора для аллергиков. Теплая погода означает обильное цветение растений. Пыльца деревьев – один из самых сильных аллергенов. Но это не единственное испытание для человеческого организма. В теплое время года активизируются и насекомые, укусы которых тоже могут послужить развитию аллергической реакции. По данным ВОЗ, аллергическими реакциями страдают около 40% населения, и эта цифра стремительно растет. Поэтому сегодня большое внимание уделяется распространению знаний о профилактике и лечении различных аллергий. Как защитить себя от нежелательных реакций – пробуем разобраться в нашем материале.

## Новые наработки

Чтобы защитить население от аллергии на пыльцу березы и перекрестной пищевой аллергии, в России изобрели новую вакцину. Грядущей осенью ее планируют выпустить в гражданский оборот.

Препарат создан в Государственном научном центре «Институт иммунологии» ФМБА России совместно с Венским медицинским университетом.

В феврале на сессии форума «Инновационные биотехнологии: от разработки до реализации» были представлены обновленные данные

по российской разработке. Главное ее отличие от существующих методов лечения (аллерген-специфической иммунотерапии, когда человеку вводят микродозы аллергена) – в ее составе. «В отличие от аналогов, имеющих на рынке, данная вакцина не содержит цельный аллерген – она гипоаллергенная и безопасная», – сообщил на форуме главный аллерголог Минздрава РФ **Муса Хаитов**.

«Уникальность ее заключается в том, что мы впервые применили метод картирования аллергена – вычленили из него только тех фрагментов, которые отвечают за формирование гуморального иммунитета, антительного. При этом остальные фрагменты в вакцину не поступают. В результате вакцина полностью лишена аллергенности, она безопасна и очень хорошо переносится», – рассказала руководитель ФМБА **Вероника Скворцова**. – Это значит, что из аллергена (пыльцы) взяли только его «опознавательные знаки» (эпитопы), чтобы научить иммунитет распознавать аллерген, но убрали все, что вызывает чихание, отек и зуд».

Курс вакцинации состоит из пяти инъекций с интервалом в один месяц. Начинать его можно в октябре, а заканчивать в марте – апреле.

На первом этапе вакцина будет доступна для пациентов старше 18 лет. К препаратам для несовершеннолетних предъявляются особые требования, что подразумевает проведение дополнительных клинических исследований.

## Ответный ход

Иммунитет человека ежедневно борется с вредоносными микроорганизмами, инородными телами и опухолями. Нарушения защитной системы могут приводить к аллергическим реакциям, которые проявляются в виде воспалений, сыпей, отеков. Другими словами, аллергия – нетипичный ответ иммунной системы на воздействие веществ, которые обычно не приводят к патологическим реакциям: продукты питания, пыльца растений,

## Факты

Треть взрослых жителей России и четверть детей страдают от отклонений, которые вызваны аллергией. Они более распространены в крупных городах.

Аллергию могут вызывать клещи, насекомые, пыльца растений, консерванты, красители пищевых продуктов, фармацевтические средства, животные. Для противодействия процессу применяют антигистаминные препараты.

Аллергия может вызывать головные боли, бессонницу, снижать память и познавательные способности. От нее страдают эндокринная и нервная системы.

домашняя пыль, шерсть животных, лекарства, яд некоторых насекомых и т. д. Аллергия способна вызывать тяжелые осложнения, которые могут стать угрозой для здоровья и жизни.

Летом зачастую можно столкнуться с инсектной аллергией (аллергия на укусы насекомых). Она представляет собой выраженную реакцию на яды, которые поступают в организм в результате укуса насекомого. Белки, которые содержатся в этих ядах, могут вызвать ответ в виде покраснений, отека, сильного зуда и т. д. Специалисты отмечают, что количество смертельных случаев в результате укусов пчел и ос превышает количество летальных исходов после укусов змей.

Аллергия на укусы насекомых протекает в виде быстрой или замедленной реакции в местах укуса. Обычно укус кровососущих насекомых (комаров, мошек, блох) вызывает локальные

проявления в виде отека, покраснения и сыпи, и достаточно редко – серьезные аллергические реакции. Иногда на укусы мошек может наблюдаться рожистоподобная реакция в виде острой эритемы, протекающей без повышения температуры и увеличения регионарных лимфоузлов. Наибольшую опасность представляют укусы перепончатокрылых насекомых, которые могут вызвать серьезные аллергические реакции вплоть до анафилактического шока. Самым частым аллергеном, вызывающим развитие аллергии, является яд ос и пчел, шмели жалят очень редко. Причем шмели и пчелы жалят только в тех случаях, когда бывают спровоцированы.

Чаще всего насекомые «кусает» при проведении садовых работ, в местах пикников. Их также привлекают дворные мусорные баки и компостные ямы. Не стоит забывать о гнездах ос, которые располагаются, как правило, под карнизами, на чердаках.

## Укус укусу рознь

Аллергологи отмечают, что однократное воздействие больших доз яда насекомых через укус сопоставимо с ежегодной дозой вдыхаемых аллергенов пыльцы. Однако нормальная реакция на укусы насекомых обычно проявляется в виде умеренного локального покраснения и отека. Выявленная же локальная реакция оборачивается эритемой и сильным отеком, который может нарастать в течение 24–48 часов и сохраняться даже более 10 дней. Одновременно пострадавшего могут беспокоить слабость, недомогание, тошнота. В редких случаях имеют место инфекция и воспаление подкожно-жировой клетчатки.

Как помочь ужаленному человеку? Местные реакции лечат наложением на место укуса холодного компресса, используют также наружную терапию топическими противозудными препаратами, а также антигистаминные препараты нового поколения. При сильно выраженной локальной ре-

Продолжение на стр. 30 &gt;&gt;

«Продолжение. Начало на стр. 28-29»

акции врачи назначают кортикостероиды. В наиболее тяжелых случаях местной реакции обосновано назначение 2-3-дневного курса преднизолона.

По статистике, примерно у 5% людей с выраженной местной реакцией в анамнезе при повторном ужалении насекомого может развиваться генерализованная системная реакция с жизнеугрожающим состоянием – анафилактическим шоком. Чаще всего такие реакции вызываются укусами ос, пчел, реже шмелей и шершней. При этом системные реакции встречаются намного чаще местных (до 70% всех случаев укусов насекомых).

## На высоте спектра

Анафилактический шок – крайняя степень аллергической реакции и самая тяжелая. В 100% случаев проис-

ходят гемодинамические нарушения: снижение артериального давления, слабость, головокружение. Другие типичные клинические симптомы анафилактического шока – диффузная эритема, сыпь, крапивница и/или ангиоотек; бронхоспазм; ларингоотек и/или нарушение сердечного ритма. У человека могут наблюдаться тошнота, рвота, головная боль, потеря сознания, а также судороги и боль в груди.

Как отмечают специалисты, генерализованная крапивница или ангиоотек – наиболее распространенная реакция, которая может наблюдаться как изолированно, так и на фоне тяжелой анафилаксии. Однако кожные симптомы могут появиться позже или отсутствовать при быстром прогрессирующем течении анафилаксии.

Чаще всего симптомы анафилактического шока появляются в течение первых 15 минут после укушения. Причем раннее начало практически всегда ассоциируется с более тяжелым течением и соответственно выраженной симптоматикой заболевания. Дети имеют меньший риск развития повторной анафилаксии, особенно если у них аллергия на укушение проявлялась в виде кожных симптомов (крапивница, сыпь, отек Квинке). Однако у больных любого возраста с первичным тяжелым анафилактическим шоком в анамнезе при повторном укушении насекомого возможен рецидив анафилаксии в 70% случаев.

Усилить тяжесть анафилактического шока или повлиять на его лечение может наличие у больного бронхиальной астмы, сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также лекарственная терапия рядом препаратов. Наибольшее количество летальных случаев от инсектной аллергии регистрируется в группе лиц старшего возраста. Врачи связывают это с наличием сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, с приемом лекарств и наличием других возрастных патологических изменений в организме.

Нужно понимать: анафилактический шок требует проведения неотложной терапии – первым делом необходимо вызвать скорую помощь.

## Что необходимо сделать в качестве первой помощи при укусе насекомого?

- Удалить жало, если оно осталось на месте укуса (оставляют жало в коже только пчелы).
- Для снятия воспаления воспользоваться антисептиком.
- Для уменьшения боли и отека к месту укуса на 10 минут приложите холод.
- Нанесите противоаллергическую мазь. Если ее нет под рукой, можно нанести на место укуса кашицу, приготовленную из простой пищевой соды и воды. Охладить и успокоить кожу можно с помощью раствора уксуса или нашатыря (20 мл на полстакана воды). Можно также воспользоваться кубиками льда.
- Если через 10–15 минут зуд не проходит, можно принять антигистаминный препарат.
- При необходимости стоит обратиться к специалисту – терапевту (педиатру), аллергологу-иммунологу, дерматологу, инфекционисту.
- Если увеличивается диаметр покраснения, присутствуют нарастающий отек, нагноение, выраженный зуд и боль, повышение температуры тела, учащение пульса и другие тревожные симптомы, необходима срочная медицинская помощь.

## Что нельзя делать при оказании первой помощи при укусах насекомых?

- Отсасывать кровь из ранки, прижигать, а также разрезать места укуса.
- Расчесывать место укуса – это способствует распространению яда в соседние ткани и повышает риск заноса инфекции.
- Употреблять алкоголь – он только усилит токсическое действие яда.

Подготовила Ирина Савина

## Для справки

В борьбе с насекомыми хорошо помогают специальные кремы и лосьоны («Москитол», «Off», «Тайга» и др.), аэрозоли-репелленты, дымящиеся спирали и т. п. Помните, что все эти средства токсичны, поэтому не рекомендуются для детей в возрасте до 3 лет и беременным.

Хроническим аллергикам стоит помнить: чтобы не привлекать насекомых и избегать их укусов, нужно отказаться от духов и не надевать яркую одежду, не есть на улице зрелые фрукты, не подходить близко к мусорным бакам и компостным ямам, которые привлекают насекомых, а также не открывать окна в автомобиле во время поездки.

Если организм успешно борется с ядом, то отек спадает уже через 2-3 часа. Но если отек со временем становится только сильнее, это первый признак аллергии на укус.

Благодарю за оперативность всех врачей и особенно заведующую терапевтическим отделением № 3 КГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 14, г. Барнаул» **Екатерину Владимировну** за помощь в оформлении квоты на операцию головного мозга, которую надо было делать в срочном порядке! Благодаря тому, что она пошла навстречу, мы быстро, оперативно прошли врачей, что способствовало спасению моей жизни. Не передать словами, в каком я была состоянии до операции, я уже частично потеряла подвижность, и в больнице меня возили на инвалидной коляске. Но, слава Богу, операция прошла успешно, теперь я могу двигаться и иду на поправку!

Юлия Сергеевна Булгакова

Хочу выразить благодарность коллективу отделения гнойной хирургии КГБУЗ «Городская больница № 8, г. Барнаул» и лично **Алене Николаевне Сергиенко** за качественное лечение и профессиональный подход всего персонала.

Андрей Станиславович Гусев

Очень понравилось доброе, внимательное отношение всех сотрудников КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн». Особенно хочется отметить профессиональное и доброжелательное отношение заведующей физиотерапевтическим отделением, врача-физиотерапевта высшей квалификационной категории **Линары Мухарамовны Фазлиахметовой**. Подробно и внимательно выслушала, грамотно и профессионально сделала назначения. Доброжелательный и отзывчивый человек. Коллектив отделения, которым руководит Линара Мухарамовна, четко и слаженно работает, все сотрудники приветливые, вежливые, профессионалы своего дела.

Светлана Блок

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!».

Много лет мои дети наблюдаются у участкового педиатра КГБУЗ «Благовещенская ЦРБ» **Виктории Викторовны Зайко**. Замечательный специалист, внимательная, всегда полностью выслушает и маму, и ребенка! Огромная благодарность за ее труд от меня и моих мальчиков!

Ирина Соколова

Огромная благодарность медсестре КГБУЗ «Городская поликлиника № 10, г. Барнаул» **Елене Сергеевне Коростиной**. Впервые очень приятно удивлена настолько грамотным и внимательным специалистом. Ее работа, советы и подсказки по организации обследования и лечения очень помогают. К сожалению, ее перевели на другой участок, думаю, пациенты нашего участка будут огорчены, так как это один из лучших медработников поликлиники.

Наталья Афанасьевна Голубева

Отдельную благодарность хочу выразить внимательному, доброжелательному врачу-гинекологу КГБУЗ «Городская больница № 4 им. Н. П. Гулла, г. Барнаул» **Евгению Юрьевичу Турченко**. Профессионал с большой буквы, врач от Бога. В отделении приятный персонал. Общение с заведующей **Людмилой Ивановной** вызывает уважение!

Светлана Владимировна Астафьева

Выражаю свою благодарность за отзывчивость, грамотное и вежливое общение участковому врачу КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей» **Любови Сергеевне Перегудовой**, а также медицинской сестре и медицинскому психологу **Ивановой**. Также хочу отметить замечательного специалиста в отделе приема обращений. Обычно люди не любят оставлять хорошие отзывы, но на данных специалистов грех не оставить добрый отзыв. Работают чутко, внимательно, с заботой о маленьких пациентах.

Юлия Олеговна Мельникова

Мои впечатления после лечения в урологическом отделении № 2 КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Чувствуется, что лечащий врач **Олег Олегович Бахарев** хорошо разбирается во внутреннем устройстве пациента. Его уверенность помогла мне преодолеть мои внутренние страхи. Правильный диагноз и подобранные препараты благотворно сказались на моем самочувствии – как в стационаре, так и после выписки. Отдельно о больнице: хороший быт, чуткий, умелый, внимательный и доброжелательный, с безмерным терпением персонал. Увидели блуждающий взгляд пациента – мгновенная помощь ему с указанием нужного направления. Отдельно о питании. Больницы – пожалуй, единственное место, где сохранилась русская национальная кухня. Простая, в меру сытная и полезная еда с очень разумным отношением к соли и сахару.

Юрий Николаевич Савенюк

Большое спасибо доктору КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника, г. Рубцовск» **П. Ю. Умарову** за качественную работу по протезированию. Очень благодарна за Ваш труд.

И. С. Гонжара



## Работа, где не ошибаются

В День работника скорой медицинской помощи губернатор Алтайского края **Виктор Томенко** посетил оперативный отдел Станции скорой медицинской помощи в Барнауле. Глава региона ознакомился с работой Единой диспетчерской службы, действующей в крае с 2019 года. Именно здесь, на первой линии приема сигналов, начинается работа, где ошибка невозможна по определению.

Также в рамках празднования Дня скорой медицинской помощи состоялся ежегодный торжественный концерт в Барнауле, посвященный работникам службы.



В выпуске использованы фотографии с сайта [zdravalt.ru](http://zdravalt.ru), из архива редакции и открытых источников сети Интернет: [edupressa.vm.ru](http://edupressa.vm.ru), [dzen.ru](http://dzen.ru), [simageio.forbes.com](http://simageio.forbes.com), [yandex.ru](http://yandex.ru), [chimko.com](http://chimko.com), [www.anima-noira.com](http://www.anima-noira.com)